



# Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat Keski-Suomen hyvinvointialueella

## Nykytila ja kehittämistarpeet

Minna Bogdanoff

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Toukokuu 2024

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma (YAMK)

**Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat Keski-Suomen hyvinvointialueella. Nykytila ja kehittämistarpeet**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. **Toukokuu 2024**, 75 sivua

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma (YAMK) Kliininen asiantuntija

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

**Tiivistelmä**

Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmäärääminen on yksi keino vapauttaa lääkäreiden työaika lääketieteen vaativampaa osaamista edellyttäviin tehtäviin, lyhentää potilasjonoja sekä lisätä asiantuntijasairaanhoitajien osaamista ja sen hyödyntämistä. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työnkuvasta ja ammattitaidon hyödyntämisestä Keski-Suomen hyvinvointialueella ei ole kokonaisvaltaista tietoa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kokonaiskuva Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien osaamisen hyödyntämisen nykytilasta ja työtyytyväisyydestä sekä työtehtävien kehittämistarpeista.

Tutkimusaineisto kerättiin Webropol- kyselynä kesä- elokuun 2023 välisenä aikana Keski-Suomen hyvinvointialueella työskenteleviltä rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavilta sairaanhoitajilta (N=55). Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta Finnish nurse prescribing questionnaire (FiNPQ). Kyseessä oli poikki-leikkaustutkimus kokonaisuotana.

Vastaajista (n=38) 45 % käytti työajastaan yli 60 % rajatun lääkkeenmääräämisen mahdollistaviin kliinisen hoitotyön tehtäviin. Suurin osa vastaajista (78 %, n= 31) teki päivittäin systemaattista anamneesia ja terveyshistorian kartoitusta. He tutkivat viikossa keskimäärin 31 potilasta ja hoitivat 41 potilasta. Vastaajista (n=41) 59 % antoi neuvontaa päivittäin lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksista. Uusia lääkemääräyksiä teki vastaajista päivittäin 7 % ja viikoittain suurin osa (59 %). Lääkitysten uusimista olemassa olevan hoitosuunnitelman mukaisesti teki vastaajista viikoittain 7 % ja kuukausittain 22 %. Vastaajista 32 % ei ollut koskaan tehnyt olemassa olevan lääkemääräyksen uusimista. Rajatun lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvan lääkevalikoiman laajentamista toivoivat hiukan yli puolet vastaajista (53 %).

Tulokset osoittavat, että lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien osaamista ei hyödynnetty parhaalla mahdollisella tavalla ja sitä voitaisiin parantaa monissa yksiköissä. Potilaiden ohjautumista sairaanhoitajien vastaanotolle tulisi tehostaa ja prosesseja tarkastella, jotta erityisosaaminen saataisiin hyödynnettyä. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työaika tulee kohdentaa lääkkeenmääräämisen työtehtäviin enemmän. Sähköisten palveluiden kehittäminen ja ottaminen osaksi lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työnkuvaa nykyaikaistaisi toimintaa ja parantaisi palvelujen saatavuutta.

Kehittämistarpeiksi tässä opinnäytetyössä nousivat lääkityksiin ja lääkemääräyksiin liittyvät uudistukset sekä kohdennettujen koulutusten mahdollistaminen säännöllisesti oman ammattitaidon ylläpitämisen varmistamiseksi.

**Avainsanat (asiasanat)**

Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus, sairaanhoitajien laajennetut tehtävänkuvat, laajavastuinen hoitotyö

**Bogdanoff Minna**

**Nurse prescribers in Wellbeing Services County of Central Finland. Status and development needs.**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2024, 75 pages

School of Health and Social Studies. Master's Degree Program in Health Care and Social Services, Advanced Nursing Practice. Master's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

The limited right of nurses to prescribe medication is one way to release doctors' time for tasks requiring demanding medical expertise, shorten patient queues, and increase utilization of nurses' advanced competence. Nurse prescribers job description and the utilization of their professional skills has not previously been investigated in the Wellbeing Services County of Central Finland. The purpose of this thesis was to find out how the competence of nurses who had completed limited prescribing training was utilized in the Wellbeing Services County of Central Finland and how nurses themselves perceived their own job description. The thesis also examined how satisfied nurses were with their own job description and what kind of future development needs they felt there were in their work

The research material was collected as a Webropol survey between June and August 2023 from nurses with limited prescribing rights working in the Wellbeing Services County of Central Finland (N=55). The data was collected by Finnish nurse prescribing questionnaire (FiNPQ).

This was a cross-sectional study with an overall sample.

Of the respondents (n=38), 45 % spent over 60 % of their working time on clinical nursing tasks which enable the nurses to use their limited right to prescribe medicines. Most of the respondent (78%, n=31) did a systematic anamnesis and health history mapping every day. Average of 31 patients were examined and 41 was treated during one week. Of the respondents 59 % (n=24) gave advice about medicines and their side effects on daily basis. New prescriptions were made daily by 7 % and weekly by 59 % of the respondents. Renewals of prescriptions according to the existing treatment plan were made weekly by 7 % and monthly by 59 % of the respondents. Of the respondents 32 % had never renewed prescriptions. A little more than half of the respondent (53 %) wished to expand the range of medicines that nurses with limited rights can prescribe.

The results show that the utilization of nurses' competence in prescribing was not used in the best possible way and could be improved in many units. The referral of patients to nurses' appointments should be made more efficient and processes should be reviewed in order to make the best use of special expertise. The working hours of nurse prescribers` should be allocated more to prescribing tasks. For the most part, the respondents were satisfied with their own job description, even though its utilization was limited. The development and inclusion of digital services as part of the job description of nurse prescribers` medicines would modernize operations and improve the availability of services.

The development needs in this thesis were reforms related to medication and prescriptions, as well as enabling targeted training on a regular basis to ensure the maintenance of nurse prescribers` professional skills.

### **Keywords/tags (subjects)**

Nurse prescribing, Advance practice of nursing, nursing models

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>LAAJAVASTUIINEN HOITOTYÖ</b> .....	<b>7</b>
2.1	SAIRAANHOITAJIEN LAAJENNETUT TEHTÄVÄNKUVAT .....	7
2.2	TARVE LAAJAVASTUISELLE HOITOTYÖLLE .....	8
<b>3</b>	<b>LAAJAVASTUIISEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN</b> .....	<b>9</b>
3.1	HOITOTYÖN MALLIT KEHITTÄMISEN APUVÄLINEINÄ.....	9
3.1.1	<i>Asiantuntijasairaanhoitajan malli</i> .....	10
3.1.2	<i>Kliinisen hoitotyön malli asiantuntijasairaanhoitajuudesta</i> .....	11
3.2	KLIININEN HOITOTYÖ ASIANTUNTIJASAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVASSA.....	12
<b>4</b>	<b>SAIRAANHOITAJIEN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEUS</b> .....	<b>13</b>
4.1	SAIRAANHOITAJIEN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMINEN EUROOPASSA .....	13
4.2	SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMINEN SUOMESSA .....	15
4.2.1	<i>Lääkkeenmääräämisen nykytila</i> .....	17
4.2.2	<i>Kliininen hoitotyö lääkkeitä määrävällä sairaanhoitajalla</i> .....	18
4.2.3	<i>Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työtyytyväisyys</i> .....	19
<b>5</b>	<b>KESKI-SUOMEN HYVINVOINTIALUEEN NYKYTILA</b> .....	<b>21</b>
5.1	HYVINVOINTIALUEELLA TYÖSKENTELEVÄT RAJATUN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN OMAAVAT SAIRAANHOITAJAT .....	21
5.2	HYVINVOINTIALUEEN VÄESTÖ JA PALVELUORGANISAATIO .....	21
<b>6</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</b> .....	<b>24</b>
7.1	TUTKIMUSMENETELMÄ.....	24
7.2	KUVAUS TIEDONHAUSTA .....	24
7.3	KYSELYLOMAKE .....	25
7.4	AINEISTON KERUU .....	28
7.5	AINEISTON ANALYSOINTI .....	28
7.6	TUTKIMUKSEN ETIIKKA JA LUPAMENETTELY .....	29
7.7	TUTKIMUKSEN RELIABILITEETTI JA VALIDITEETTI .....	30
<b>8</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TULOKSET</b> .....	<b>31</b>
8.1	VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT .....	31
8.2	LÄÄKKEITÄ MÄÄRÄÄVIEN SAIRAANHOITAJIEN ASIANTUNTIJUUS JA SEN HYÖDYNTÄMINEN.....	33
8.3	POTILAIEN OHJAUTUMINEN LÄÄKKEITÄ MÄÄRÄÄVIEN SAIRAANHOITAJIEN VASTAANOTOILLE .....	40
8.4	LÄÄKKEITÄ MÄÄRÄÄVIEN SAIRAANHOITAJIEN TYÖTYTYVÄISYYS KESKI-SUOMEN HYVINVOINTIALUEELLA .....	44
8.5	LÄÄKKEITÄ MÄÄRÄÄVIEN SAIRAANHOITAJIEN TYÖN KEHITTÄMINEN .....	47
<b>9</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>51</b>
9.1	TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	51
9.2	JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET KESKI-SUOMEN HYVINVOINTIALUEELLE .....	55
<b>LÄHTEET</b>	.....	<b>57</b>
LIITETAULUKOT	.....	63

## Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kolmiulotteinen asiantuntijuuden malli	10
Kuvio 2. Fagerströmin hoitotyön malli	12
Kuvio 3. Keskiarvot kuukausittaisesta työajan jakautumisesta hoitotyön eri alueilla	34
Kuvio 4. Potilasläheisen kliinisen hoitotyön osuus rajatun lääkkeenmääräämisen työtehtävistä	35
Kuvio 5. Anamneesin, potilaan tutkimisen ja lääkityksen läpikäynnin toteutumisen määrä prosentteina	36
Kuvio 6. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien osaamisen hyödyntäminen omalla työpaikalla prosentteina	37
Kuvio 7. Potilaiden ohjautuminen lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien vastaanotolle prosentteina	37
Kuvio 8. Lääkehoitoon liittyvien määräysten lukumäärä viikoittain	38
Kuvio 9. Lääkkeenmääräämiseen liittyviä tehtäviä	40
Kuvio 10. Potilaiden ohjautumisreitit lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien vastaanotolle	41
Kuvio 11 Keskiarvo lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien vastaanotoille ohjautuvien potilaiden ikäjakaumasta	42
Kuvio 12. Tutkittavien ja hoidettavien potilaiden määrä lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien vastaanotoilla viikoittain	43
Kuvio 13. Sairaanhoitajien viikoittain lääkärin vastaanotolle ohjaamat potilaat	44
Kuvio 14. Työn palkitsevuus omassa työyksikössä	45
Kuvio 15. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työtyytyväisyys	46
Kuvio 16. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen omalla työpaikalla	49
Kuvio 17. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työn nykytila ja tulevaisuuden suunnitelmat työuraan liittyen	50
Taulukko 1. Kyselylomakkeen taustatietoja kartoittavat kysymykset	25
Taulukko 2. Tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeen kysymykset	26
Taulukko 3. Tutkimukseen vastanneet sairaanhoitajat	32
Taulukko 4. Tutkimukseen vastanneiden sairaanhoitajien työskentelyalueet	33

# 1 Johdanto

Potilasmäärien kasvu, väestön ikääntyminen ja toisaalta hoitotyön ammattilaisten vähäinen määrä pakottavat terveydenhuollon muutoksiin. Väestön ikääntyminen ja terveydenhuollon ammattilaisten riittävyys aiheuttavat haasteita niin nykypäivän kuin tulevaisuudenkin terveydenhuollossa. Pitkäaikaissairaiden ihmisten osuus väestöstä kasvaa ja tarve hoitotyön ammattilaisille lisääntyy. Jotta maailman muuttuviin terveydellisiin haasteisiin pystytään vastaamaan, on olemassa oleviin terveydenhuoltojärjestelmiin tehtävä muutoksia. (Ageing and Health 2020; Guidelines on advanced practice nursing 2020; Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja & Suutarla 2020, 18; Maier & Aiken 2016.) Muutokset sosiaali- ja terveystaloudessa, mm. potilaiden valinnanvapauden muuttuminen ja sähköisten palveluiden lisääntyminen muuttavat palvelutuotantoa ja työnjakoa. Sairaanhoidajat ovat keskeinen työntekijäryhmä tässä muutoksessa. (Kotila ym. 2020, 5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 15.)

Suomessa on vuodesta 2011 alkaen koulutettu rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavia sairaanhoitajia, jotka voivat itsenäisesti määrätä lääkkeitä sekä uusia reseptejä rajatulle asiakasryhmälle, rajattuihin sairauksiin. Sairaanhoidajien rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen tarkoituksena on vapauttaa lääkäreiden työaikaa lääketieteen vaativampaa osaamista edellyttäviin tehtäviin, lyhentää potilasjonoja sekä parantaa ja lisätä sairaanhoidajien osaamista ja sen hyödyntämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 15.) Tällä hetkellä Suomessa on 874 sairaanhoitajaa, jotka ovat hyväksytysti läpäisseet koulutuksen ja saaneet pätevyyden toimia lääkkeitä määräävinä sairaanhoitajina (Heikkilä 2023). Sairaanhoidajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on kansallisesti merkittävä laajavastuinen hoitotyön malli. Potilaiden hoitoon pääsy, lääkäreiden työajan vapauttaminen vaativampien sairauksien hoitoon sekä pitkäaikaissairaiden hoidon parempi koordinointi on tapa toteuttaa väestökeskeisiä sosiaali- ja terveystaloudellisia (Heikkilä, Niemelä & Eskola 2013, 55–57).

Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto, International Council of Nurses (ICN), määrittelee että sairaanhoidajien lääkkeenmääräämisen koulutuksen on tarkoitus parantaa potilaiden hoitoa vaarantamatta potilasturvallisuutta. Sairaanhoidajien lääkkeenmäärääminen nähdään vaikuttavana ja tehokkaana osana potilashoitoa. Lääkkeenmääräämisen tarkoituksena on parantaa sairaanhoidajien työtyytyväisyyttä sekä parantaa terveystaloudellisten yleistä laatua. (Guidelines on prescriptive

authority for nurses 2021, 12–13; Suomen Sairaanhoidajat 2023, 3.) Gielen, Dekker, Francke, Mistiaen & Kroezen (2014) ovat tutkimuksessaan todenneet, että potilaat ovat tyytyväisempiä tai yhtä tyytyväisiä lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan antamaan hoitoon kuin lääkärin. Heidän tutkimuksensa osoitti myös, että hoitajat käyttävät enemmän aikaa potilaiden hoitoon hoitokäynneillä kuin lääkärit. (Gielen, Dekker, Francke, Mistiaen & Kroezen 2014, 1058.)

Keski-Suomen hyvinvointialueella työskentelee rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen käyneitä sairaanhoitajia sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon avohoidon palveluissa. Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työnkuvaa ja ammattitaidon hyödyntämistä ei ole Keski-Suomen hyvinvointialueella aiemmin selvitetty. Jotta tuleviin hoitotyön haasteisiin ja palveluverkkomuutoksiin pystytään vastaamaan, on olemassa olevien palveluiden hyödyntämisen taso selvitettävä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien osaamista hyödynnetään Keski-Suomen hyvinvointialueella ja millaisena sairaanhoitajat itse kokevat oman työnkuvansa. Tarkoituksena on selvittää kuinka tyytyväisiä sairaanhoitajat ovat työhönsä ja millaisia tulevaisuuden kehittämistarpeita he kokevat työssä olevan.

## **2 Laajavastuinen hoitotyö**

### **2.1 Sairaanhoidajien laajennetut tehtävänkuvat**

Hoitoaikojen lyheneminen ja hoitomenetelmien kehittyminen luo tarpeen laaja-alaisen hoitotyön osaamiselle ja sen kehittymiselle. Hoitotyön ytimessä tulee olla laadukas hoito sekä potilaasta välittäminen. Keskeisintä laajavastuisen hoitotyön asiantuntijuudessa on kliininen hoitotyö, välitön potilas- ja asiakastyö. Laajavastuiset hoitotyön tehtävät mahdollistavat potilaiden sujuvamman, oikea-aikaisemman, kokonaisvaltaisemman ja näyttöön perustuvan hoitotyön. Asiantuntijasairaanhoidajan rooli on vaativa ja siksi tiivis yhteistyö hoitotyön johtajien ja tiimin jäsenten välillä on tärkeää. Hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat ratkaisevassa asemassa työnjaon kehittämisessä ja organisaatioiden johdon sitouttamisessa laajavastuisen hoitotyön kehittämiseen. (Fagerström 2021; Jokiniemi, Meretoja & Kotila 2021, 128; Kotila ym. 2020, 18; Nuttal 2018, 8, 19–20; Suomen Sairaanhoidajat 2023, 8; Tuomikoski, Flinkman, Sulosaari, Suutarla & Jokiniemi 2024, 83, 96.)

Sairaanhoitajien laajennetut tehtäväkuvat (APN, advanced practise of nursing) ovat keskeisessä roolissa terveydenhuollon palveluissa ja niiden kehittämisessä. Suomalaisessa terveydenhuollossa käytetään usein nimitystä laajavastuinen hoitotyö tai nimikettä asiantuntijasairaanhoitaja, kliininen asiantuntijasairaanhoitaja tai kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja, kuvaamaan korkeamman tason koulutusta ja osaamista. (Fagerström 2021, 35–36; Kotila ym. 2020, 9–10; Suutarla, Sulosaari & Heikkilä 2023, 183; Tuomikoski ym. 2024, 82–83.) Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) määrittelee laajavastuisen hoitotyön sisältävän kaksi asiantuntijuuden käsitettä. Nurse practitioners (NP), jotka ovat itsenäisiä hoitotyön ammattilaisia. He pystyvät työssään itsenäisesti ja laaja-alaisesti kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. He kykenevät itsenäiseen diagnosointiin niin akuuteissa kuin kroonisissa terveysongelmissa, määräävät tarvittavat lääkitykset sekä ohjaavat potilaita. Toinen asiantuntijuuden käsite on Clinical nurse specialists (CNS). He ovat asiantuntijoita, joiden ammattitaitoa on korkealaatuinen laaja-alainen hoitotyö ja sen edistäminen hoitotyön eri tiimeissä. Näytöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja juurruttaminen käytännön tasolle kuuluu heidän rooliinsa. Molemmille nimikkeille on yhtenäistä korkeampi koulutustaso, yleensä maisteritason tutkinto. (Chan & Holly 2021, 3; Guidelines on advanced practice nursing 2020, 9–10; Kotila ym. 2020, 9–10; Walker 2021, 37.) Laajavastuisen hoitotyön määrittely auttaa ymmärtämään sairaanhoitajien tehtäväkuvien sisältöjä. Perustehtävät sisältyvät aina sairaanhoitajan rooliin, mutta asiantuntijanimike sisältää aina laajennetut tehtäväkuvat. (Fagerström 2021, 35–36; Guidelines on advanced practice nursing 2020, 9–10; Kotila ym. 2020, 9–10; Schober 2023, 62.)

## 2.2 Tarve laajavastuiselle hoitotyölle

Maailmanlaajuiset muutokset väestöpohjassa sekä terveyspalveluiden tarpeen muutoksissa mahdollistavat sairaanhoitajien laajennettujen tehtäväkuvien kehittymisen. (Fong, Buckley & Cashin 2015, 99–100; Grindberg & Sela 2022, 1.) Sairaanhoitajien laajennetut tehtäväkuvat ja kouluttautuminen ovat avanneet uudenlaisia mahdollisuuksia laajavastuisen hoitotyön kehittämiseen ja sairaanhoitajien roolin muuttumiseen terveydenhuollon palveluissa. Sairaanhoitajien kliinisen urapolun systemaattisella kehittämisellä voidaan vastata sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelujärjestelmän ajankohtaisiin kehittämistarpeisiin. Työnjaon kehittämisellä voidaan parantaa palveluiden vaikuttavuutta ja hidastaa sosiaali- ja terveysalan kustannusten kasvua. Laajavastuisen hoitotyön tavoitteena on parantaa hoidon laatua sekä oikea-aikaisuutta. (Kotila ym. 2020, 5, 18; Maier & Aiken 2016; Suutarla ym. 2023, 192; Tuomikoski ym. 2024, 82.) Henkilöstön osaamisen kehittäminen on tapa parantaa hoidon vaikuttavuutta, yhdenvertaistaa palvelujen saatavuutta



sekä sujuvoittaa toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 14; Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021, 20.)

Suomen sairaanhoitajat (2023) korostaa, että on tärkeää kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työ kunkin ammattiryhmän koulutusta vastaaviin tehtäviin, niin ettei potilasturvallisuus vaarannu eikä tutkinnon suorittaneen henkilöstön osaamistasoa tai kelpoisuusvaatimuksia alenneta. Merkityksellisenä nähdään se, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamis- ja koulutusvaatimukset perustuvat väestön tarpeisiin sekä vastaavat tulevaisuuden haasteisiin (Suomen Sairaanhoitajat 2023). Sairaanhoitajien kliinisen urapolun sekä laajavastuuisen hoitotyön tehtävänkuvien systemaattisella kehittämisellä voidaan vastata ajankohtaisiin sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistarpeisiin (Tuomikoski ym. 2024, 83). Vaikka sairaanhoitajien koulutautumistaso on nykypäivänä parhainta mitä se on koskaan ollut, on ammattitaidon hyödyntämisen esteenä vanhakantaiset ja jäykät hierarkiat sekä toimintatavat, jotka estävät sairaanhoitajia ottamasta suurempaa vastuuta potilaiden kokonaishoidosta ja hoidon kehittämisestä (Fagerström 2021, 6).

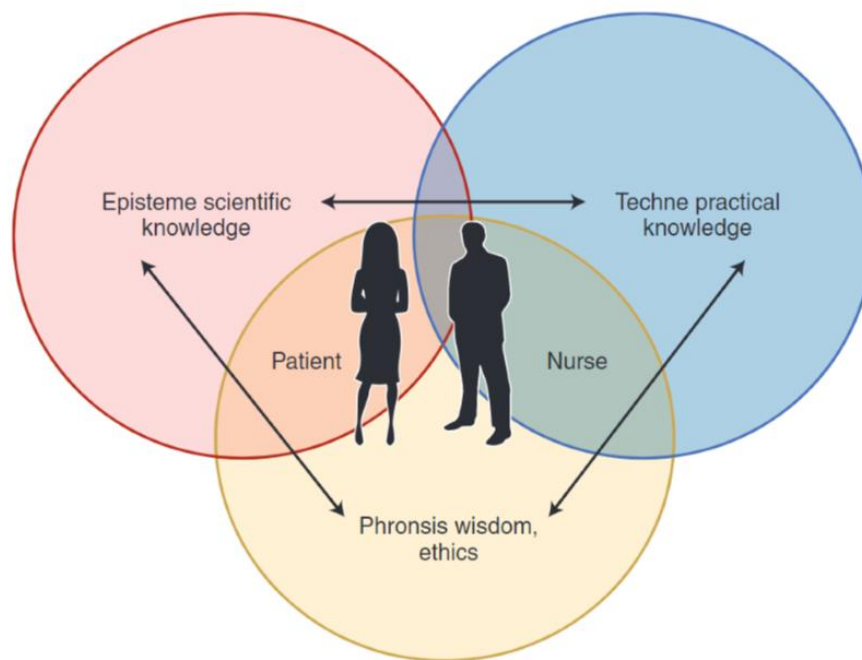
### **3 Laajavastuuisen hoitotyön kehittäminen**

#### **3.1 Hoitotyön mallit kehittämisen apuvälineinä**

Suomessa laajavastuuisen hoitotyön tehtäväkuvia on kehitetty 2000-luvun alusta lähtien. Laajavastuuisen hoitotyön kehittämisen ytimessä on ollut asiantuntijuuden ymmärtäminen ja kehittäminen. Laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajalta vaaditaan syvemmän tason ymmärtämystä ihmisestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. (Fagerström 2021, 59; Fagerström 2019, 253; Jokiniemi ym. 2021, 125; Suutarla ym. 2023, 183–184; Tuomikoski ym. 2024, 82–83). Tässä opinnäytetyössä on asiantuntijuutta ja hoitotyön laatua lähestytty kahden mallin kautta. Kolmiulotteinen asiantuntijuuden malli tarjoaa näkemyksen sairaanhoitajan roolista. Kliinisen hoitotyön malli tarjoaa asiantuntijaroolin lisäksi kokonaisnäkökulman hyvän hoitotyön perustasta.

### 3.1.1 Asiantuntijasairaanhoitajan malli

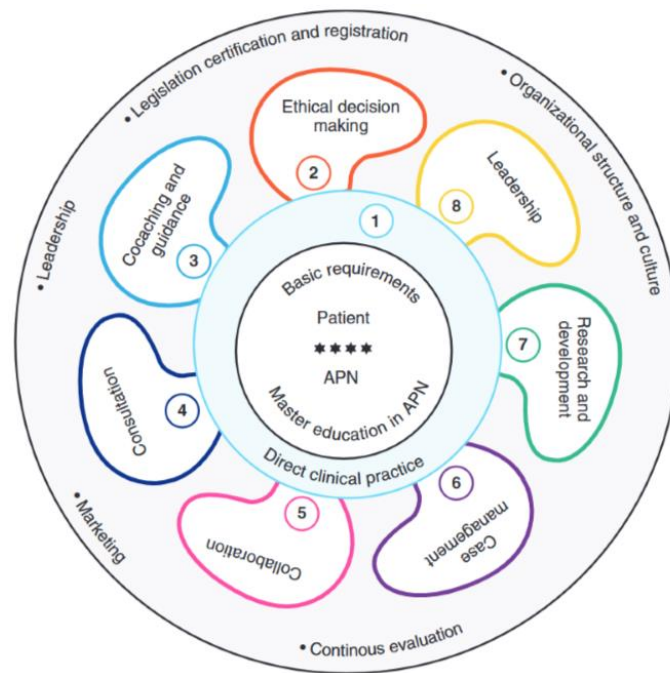
Kolmiulotteinen asiantuntijuuden malli hoitotyössä laittaa potilaan keskiöön yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Mallin lähtökohdana on olettamus, että jokainen potilas kohdataan yksilönä ja juuri hänen hoitoonsa keskitytään huolella. Mallissa sairaanhoitajaa ja potilasta ympäröi kolme tärkeää tiedon kategoriaa: **Episteme scientific knowledge**, eli tieteellinen näkökulma, tietous, jota tarvitaan ymmärtääksemme maailmaa ja sen toimintaa. **Techne practical knowledge**, eli käytännön tietämys, joka ohjaa hyvien päätösten tekemiseen ja eettiseen tietotaitoon, tilannetajuun ja hyvään päätöksentekokykyyn. **Phronsis wisdom, ethics** jossa on älykkyys ja etiikka, eli hyvien tapojen mukaan toimiminen, ammattimaisten käytännön taitojen hallitseminen harjoittelun ja mallioppimisen myötä, sekä kliiniset taidot ja tutkimus. Kolmiulotteisen mallin mukaan tavoitteena on aina potilaan parempi terveys, hoidon laadun paraneminen ja paras mahdollinen hoito juuri tälle potilaalle. Katso Kuvio 1. (Fagerström 2021, 53–60; Fagerström 2019, 253.)



Kuvio 1. Kolmiulotteinen asiantuntijuuden malli (Fagerström 2021, 56).

### 3.1.2 Kliinisen hoitotyön malli asiantuntijasairaanhoitajuudesta

Pohjoismaisen ihmisläheisen hoitotyön innoittamana Fagerström (2021) on kehittänyt kliinisen hoitotyön mallin asiantuntijasairaanhoitajuudesta, jonka hän on nimennyt nimellä ”hyvän hoidon perusta” (the basis of good care). Mallin kehittyminen pohjautuu aiemmin esiteltyyn asiantuntijuuden malliin, jonka mukaan kaiken keskiössä on asiantuntijasairaanhoitaja-potilas suhde. Mallin mukaisesti sairaanhoitaja on potilaan kanssa molemminpuolisessa vuorovaikutuksessa yrittäen muodostaa kokonaiskäsityksen potilaan hoidon tarpeesta, jotta potilaan tarvitsemaan terveysongelmaan pystytään vastaamaan. Mallin ytimessä on sairaanhoitajan ja potilaan välisen suhteen lisäksi neljä keskeistä hoitotyön käsitettä (neljä tähteä), jotka vaikuttavat siihen, miten sairaanhoitaja osaa vastata ja ymmärtää potilaan tarpeita. Ytimen tähtinä nähdään, **caring**- aito ymmärrys ja myötätunto potilaita kohtaan, **holism**- kokonaisvaltainen potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden ymmärtäminen, **health**- subjektiivisen hyvinvoinnin korostaminen ja sairaudettomuus sekä **person-centered ethos**- ihmisläheinen eettinen perusta kaikelle tekemiselle ja hoitotyölle. Ytimessä sijaitsee siis potilas ja hänen perustarpeensa, asiantuntijasairaanhoitaja, sekä neljän hoitotyön käsitettä kuvaavaa tähteä. Tätä ydintä ympäröi hoitotyön kahdeksan ulottuvuutta. Ensimmäinen hoitotyön ulottuvuus mallissa on kliinisen hoitotyön rengas, joka ympäröi sairaanhoitajan ja potilaan hoitosuhtetta. Tätä kokonaisuutta Fagerström myös kuvaa mallin moottoriksi. Moottorin ympärille sijoittuvat muut hoitotyön mallin ulottuvuudet joihin mallin ydin aina vaikuttaa. Ulottuvuudet havainnollistetaan mallissa moottorin ympärillä pyörivinä propelleina. Liikkuvat propellit kuvaavat aina muuttuvaa ja kehittyvää hoitotyön kenttää. Jokin ulottuvuuksista saattaa kehittyä vahvemaksi kuin toinen, riippuen työstä, jota tehdään. Hoitotyön ulottuvuuksia ovat eettinen päätöksenteko, opastaminen ja ohjaus, konsultointi, yhteistyö, ”case management”, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtajuus. Mallin uloimmalla kehällä sijaitsevat ulkoiset tekijät, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon ja hoitotyöhön. Ne ovat myös hoitotyön kehittymiseen vaikuttavat tekijät. Uloimmalla kehällä sijaitsevat lainsäädäntö, organisatoriset tekijät ja kulttuuri, johtajuus, työn jatkuva arviointi sekä markkinointi. Katso Kuvio 2. (Fagerström 2021, 65–69.)



Kuvio 2. Fagerströmin hoitotyön malli (Fagerström 2021, 68).

Mikään malli ei voi täydellisesti selittää hoitotyön moninaista todellisuutta, mutta tieto ja tieteelliset teoriat lisäävät ymmärrystä ihmisestä kokonaisvaltaisena yksilönä. Fagerströmin malli pohjautuu International Council of Nurses (ICN) asiantuntijasairaanhoidajien hoitotyön periaatteisiin sekä Hamricin malliin "Model of advanced nursing Practise". Inspiraatiota malli on saanut Katie Eriksonin "Nordic theory of caritative Caring" mallista (Fagerström 2021, 68).

### 3.2 Kliininen hoitotyö asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvassa

Asiantuntijasairaanhoidaja on laajavastuuisen hoitotyön asiantuntija, joka integroi hoitotyön ja lääketieteen osaamistaan arvioidakseen, diagnosoidakseen ja hoitaakseen potilaita niin kiireellisissä kuin pitkäaikaissairauksien hoidossa. Hän pystyy työskentelemään monenlaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä. (Chan & Holly 2021, 9; Suomen sairaanhoitajat 2023, 6.) Kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan rooli terveydenhuollossa tulisi keskittyä tarjoamaan hoitoa sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä näyttöön perustuvaa terveydenhuollon palveluita edistyneemmällä tasolla. Tärkeänä työn osa-alueena on kuntouttava työote sekä kroonisten sairauksien ehkäisy ja hoito. Asiantuntijasairaanhoidaja pystyy hoidon kokonaisvaltaiseen organisointiin sekä

omaa kyvyn hoitotieteellisen tutkimustiedon integrointiin käytännön työhön. Monimutkaisten terveysongelmien ratkaisukyky mm. riskiryhmien, erityisryhmien ja hankalasti tavoitettavien potilaiden kohdalla nousee tärkeäksi työnkuvaksi asiantuntijasairaanhoidajan kliinisessä työssä. (Chan & Holly 2021, 9; Krozen, Francke, Groenewegen & van Dijk 2012, 12.) Kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan koulutuksen myötä saavutettu osaaminen mahdollistaa työskentelyn laajavastuisella tasolla mm. näyttöön perustuvassa hoitotyössä ja sen johtamisessa sekä tutkimus- ja innovaatiotoiminnassa, että kliinisen hoitotyön kehittämistehtävissä. Laajavastuisen sairaanhoidajan työnkuvaan voi kuulua tiedonhallinnan erikoisosaamista, jolla voidaan lisätä ammatillista ja turvallista hoitoa digitaalistuvassa yhteiskunnassa. (Suomen Sairaanhoidajat 2023, 3, 5.)

Väestön ikääntyessä on laajavastuisen hoitotyön tehtävänkuvia systemaattisesti hyödynnettävä. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen palveluasumisen palveluissa voidaan asiantuntijasairaanhoidajan osaamisen myötä kehittää palveluiden laatua, vähentää päivystyskäyntejä sekä kasvattaa vetoa gerontologisella hoitotyön alueella. Asiantuntijasairaanhoidajien osaamista voitaisiin jatkossa hyödyntää kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä lisääntyneiden mielenterveyspalveluiden alueella. Laajavastuiset hoitotyön tehtävät mahdollistavat potilaan sujuvamman, oikea-aikaisemman, kokonaisvaltaisemman ja näyttöön perustuvan hoidon. (Suomen Sairaanhoidajat 2023, 8.) Samaan johtopäätökseen ovat päätyneet tutkimuksessaan Grindberg & Sela (2022). Lisäksi he toteavat, että sairaanhoidajien laajennetut tehtävänkuvat nojaavat kahteen hoitotyön peruspilariin, auktoriteettiin ja vastuullisuuteen (Grindberg & Sela 2022, 1). Hoitotyön johtajien näemyksen mukaan, asiantuntijasairaanhoidajien uramallien avulla voidaan tehtävänkuvia selkiyttää sekä osaamisen hyödyntämistä parantaa. (Suomen Sairaanhoidajat 2023, 8.)

## **4 Sairaanhoidajien lääkkeenmääräämisoikeus**

### **4.1 Sairaanhoidajien lääkkeenmäärääminen Euroopassa**

Euroopan alueella Suomen lisäksi lääkettä määrääviä sairaanhoidajia on 13 maassa: Kyproksella, Tanskassa, Virossa, Ranskassa, Irlannissa, Hollannissa, Puolassa, Espanjassa, Ruotsissa, Iso-Britanniassa sekä Sveitsissä Cantonin alueella. Läkettä määräävien sairaanhoidajien toimenkuva eroaa eri maiden välillä suurestikin. Irlannissa, Hollannissa ja Isossa-Britanniassa voi lääkettä määräävä sairaanhoidaja määrätä melkein mitä tahansa lääkettä hoitamalleen potilaalle ilman rajoituksia.

Useimmissa maissa tilanne on kuitenkin samankaltainen kuin Suomessa, eli määrättävien lääkkeiden kategoria on melko suppea. (Gielen ym. 2014, 1049; Laapio-Rapi 2021, 53; Maier 2019, 1, 6; Maier, Aiken & Busse 2017, 22.) Pohjoismaissa lääkettä määrävien sairaanhoitajien työpanoksen hyödyntäminen on vielä vähäistä. Suomessa koulutettujen sairaanhoitajien työn implementointi on onnistunut parhaiten (Fagerström 2021, 5).

Maailmanlaajuisesti sairaanhoitajien lääkkeenmääräminen on ollut osa terveydenhuoltojärjestelmää jo vuosikymmeniä. Euroopan tasolla lääkkeitä määräviä sairaanhoitajia on koulutettu vuodesta 1994 alkaen. (Fong ym. 2015, 101; Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021, 12.) Pohjoismaista Ruotsissa sairaanhoitajien lääkkeenmäärämis-oikeus tuli voimaan ensimmäisenä. Norjassa koulutus aloitettiin vuonna 2002 ja Tanskassa vuonna 2009. Maiden välillä on huomattavia eroja sekä koulutuksen että osaamisvaatimusten suhteen. Osassa maista lääkkeenmäärämiseen liittyvä osaaminen on osa peruskoulutusta. Suomessa, Irlannissa ja Isossa-Britanniassa lääkkeenmääräamisen oikeuden saadakseen on suoritettava koulutus ja sitä kautta pätevyys. Kaikissa maissa pätevyyden saamiseksi vaadittava koulutuksen pituus on melko samankaltainen. (Fong ym. 2015, 102; Maier 2019, 3.)

Kansainvälisesti sairaanhoitajien lääkkeenmääräminen jaetaan kahteen rooliin: itsenäiset lääkkeenmäärät sekä täydentävät lääkkeenmääräjät, joilla on työparina aina lääkäri (Kroezen ym. 2012, 6; Maier ym. 2017, 23.) Osassa maista lääkkeenmääräamisen pätevyyden voi suorittaa osana laajavastuisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta. Esimerkiksi Kyproksella ja Puolassa lääkkeenmääräamisen erikoispätevyys on integroitu maisterin (engl. Master`s degree) tutkintoon, hoitotyön laajavastuiseen nurse practitioner (NP) tutkintoon Hollannissa ja kandidaatin (engl. Bachelor`s degree) tutkintoon Espanjassa. Norjassa ja Virossa koulutus on osa perusterveydenhuollon ja perhetyön koulutusta (engl. public health nurse, family nurse). Tanskassa lääkkeenmääräamisen koulutus on osa 30 opintopisteen lääkehoidon osiota. Suomessa, Irlannissa ja Englannissa lääkkeenmääräamisen koulutus on sairaanhoitajaopintojen lisäksi opiskeltava erillinen koulutus ja siitä saatava erikoispätevyys. Englannissa koulutusta on kahdenlaista, joissa toinen koulutus johtaa itsenäiseen lääkkeenmääräamisen pätevyteen ja toinen rajattuun lääkkeenmääräamisen pätevyteen. Ranskassa ja Sveitsin Cantonin alueella lakiuudistus sairaanhoitajien lääkkeenmääräamisen vaatimasta laajuudesta on käsittelyn asteella. (Maier 2019, 3–4; Maier ym. 2017, 19-23.)

## 4.2 Sairaanhoidajan lääkkeenmäärääminen Suomessa

Sairaanhoidajan rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen suunnittelu käynnistyi, kun hallitus antoi eduskunnalle esityksen vuonna 2009 lääkkeenmääräämisoikeuden laajentamiseksi sairaanhoitajille. Tehtävänkuvan muutoksen tavoitteena oli parantaa potilaiden hoitoon päästyä sekä tukea terveyskeskusten toimintaa uudistamalla terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa ja tehtävänkuvia (HE 283/2009). Hallituksen esitys hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 2010 ja säädettiin laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (Laki 433/2010). Laki mahdollisti laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön, jolla on riittävä koulutus, aloittamaan potilaalle oireenmukaisen hoidon käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Koulutuksen käynyt sairaanhoitaja saa määrätä lääkettä silloin, kun kyseessä on ennaltaehkäisevä hoito, lääkärin määräämän lääkehoidon jatkaminen tai sairaanhoitajan toteaman hoidon tarpeeseen perustuva lääkehoito (Laki 433/2010.) Valtioneuvoston asetuksella (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010) määritettiin koulutuksen tavoitteet ja sisältö sekä osaamisen varmistaminen ja kelpoisuus koulutukseen. (HE 283/2009; Laki 433/2010; Valtioneuvoston asetus 1089/2010.) Sairaanhoidajan rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus käynnistyi vuonna 2011. Ensimmäiset rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat valmistuivat toukokuussa 2012 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 13).

Vuonna 2019 rajattu lääkkeenmäärääminen säädettiin mahdolliseksi myös kunnan tai kuntayhtymän avohoidon toimintayksiköihin (Laki 533/2019). Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muutoksen mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019), sairaanhoitaja voi määrätä puhelimitse naisen äkillisen komplisoitumattoman virtsatietulehduksen hoitoon lääkityksen puhelinhaastattelun perusteella. Asetuksen mukaan sairaanhoitajat saavat määrätä lääkettä myös lääkkeen kauppanimellä, ei ainoastaan vaikuttavan aineen nimellä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta 992/2019.) Vuonna 2022 lakiin kirjattiin vielä yksi muutos koskien hyvinvointialueitten järjestämisvastuuta ja rajatun lääkkeenmääräämisen käyttöönottoa hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvissa terveydenhuollon avohoidon palveluissa (Laki 596/2022).

Sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutus ei ole ylempi korkeakoulututkinto, mutta se antaa sairaanhoitajille valmiudet määrätä potilaille heidän hoidossaan käytettäviä lääkkeitä sekä seurata ja arvioida potilaan hoidon vaikutuksia. Kansallisten tutkintojen viitekehyksessä, rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus sijoittuu samalle tasolle kuin korkeakoulututkinnot (Suutarla ym. 2023, 189.) Sairaanhoitaja noudattaa lääkkeen määräämisestä annettuja säännöksiä, potilasturvallisuuden vaatimuksia ja yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä. Koulutus antaa valmiudet moniammatilliseen työskentelyyn sekä valmiudet arvioida ja kehittää ammatillista osaamista ja lääkkeen määräämisen käytäntöjä. (Kotila ym. 2020, 19, 31).

Rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus sisältää 45 opintopisteen laajuiset korkeakouluopinnot, joihin pääsyaatimuksena on laillistetun sairaanhoitajan pätevyys sekä vähintään kolmen vuoden työkokemus viimeisen viiden vuoden ajalta sillä tehtävälueella, jolla lääkkeenmääräämistä tulee tapahtumaan. Lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys muodostuu eettisestä ja juridisesta osaamisesta, kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisesta, näyttöön perustuvan päätöksenteon osaamisesta sekä lääkehoitoon liittyvästä osaamisesta. Opintokokonaisuus sisältää osiot lääkehoidon eettisestä ja juridisesta tietoperustasta hoitotyössä, kliinisen tutkimisen ja päätöksenteon hoitotyössä, farmakologian ja lääkkeenmääräämisen sekä turvallisen lääkehoidon asiakastilanteissa. Teoreettisia opintoja tulee tukea käytännön opiskelulla terveydenhuollon toimintayksikössä. Työssä tapahtuvaa oppimista tulee olla ohjaamassa laillistettu lääkäri. Rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys osoitetaan näyttökokeilla, johon kuuluu kirjallinen koe ja työelämässä tapahtuva näyttö. Ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen yhteistyössä toteuttama koulutus varmistaa potilaan saaman hoidon laadun ja potilasturvallisuuden. Koulutuksen käyneiden sairaanhoitajien on mahdollista hakea rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyttä sekä yksilöintitunnusta Sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolta, Valviralta. (Laki 433/2010; Valtioneuvoston asetus 1089/2010.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä "sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus" kuvaamaan laillistettujen sairaanhoitajien lisäksi myös niitä sairaanhoitajia, jotka ovat kättilönä tai terveydenhoitajana laillistettuja ja suorittaneet rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen ja heillä on Sosiaali- ja terveysalan valvontaviraston, Valviran yksilöintitunnus ja oikeus toimia lääkkeitä määräävinä sairaanhoitajina.



#### 4.2.1 Lääkkeenmääräämisen nykytila

Sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys on tuonut Suomen terveydenhuoltoon tehtävänkuvan, jolla on ollut mahdollista nopeuttaa äkillisten ja yleisten terveysongelmien hoidon aloittamista ja sujuvoittaa terveyskeskusten toimintaa (Heikkilä ym. 2013, 62). Erityisesti pienillä terveysasemilla lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työaika koetaan kuluvan vääränlaisiin tehtäviin. Sairaanhoitajien työpanos kohdentuu muihin kuin heille soveltuviin asiakasryhmiin. Potilaan ohjautuminen oikealle asiantuntijalle on merkityksellistä sekä prosessin sujuvuuden että vaikuttavuuden näkökulmasta katsottuna. (Laapio-Rapi 2020, 200–204.) Koskiniemi ym. (2023) totesivat tutkimuksessaan, että potilaiden ohjautuminen lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolle ei ole selkeää. Sellaisia potilaita, joita lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja voisi hyvin hoitaa, ohjautui paljon lääkäreiden vastaanotoille. (Koskiniemi, Sund, Luikka & Härkänen 2023, 7788.) Yhteiskunnallisesti on tärkeää saada rajatun lääkkeenmääräämisen tutkinnon suorittaneiden sairaanhoitajien työpanos kohdennettua oikein, koska tällä tavoin voidaan potilaiden hoitoon pääsyä ja hoidon aloitusta nopeuttaa, sekä vapauttaa lääkäreitä muihin tehtäviin (Koskiniemi 2022, 7). Sairaanhoitajien toimenkuvaa tulee myös laajentaa, jotta pystytään vastaamaan väestön muuttuviin terveysongelmiin. Niissä yksiköissä, joissa lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työtehtävät on selkeästi määritelty, on myös toimintaa usein kehitetty (Laapio-Rapi 2020, 200). Lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan työnkuvan tunnustaminen ja ymmärtäminen sekä onnistunut integrointi organisaatorakenteeseen lisää työtyytyväisyyttä (Nuttal 2018, 13). Kaksi tärkeintä asiaa onnistuneeseen lääkkeenmääräämisen toimintaan on lainsäädäntö ja koulutus (Kroezen ym. 2012, 2).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2015 asiantuntijatyöryhmän selvittämään, miten rajattu lääkkeenmäärääminen toteutuu ja millaisia kehittämissuhteita koulutuksen parempaan hyödyntämiseen nähdään. Asiantuntijaryhmä antoi ehdotuksia toimintayksiköille, sosiaali- ja terveysministeriölle sekä korkeakouluille. Selvityksessä esitettiin, että lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työnkuvaan tulisi tehdä muutoksia ja koulutettuja ammattilaisia tulisi hyödyntää paremmin mm. selkiyttämällä potilaiden ohjautumista eri ammattilaisten vastaanotoille sekä tehostamalla moniammatillisia avohoidon palveluita terveyskeskuksissa ja yhteispäivystyksissä. Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimista ehdotettiin nopeutettavan niin, että lääkärit kirjaisivat pitkäaikaissairaiden potilaiden asiakirjoihin ajantasaiset tiedot. Toimintayksiköissä tulisi luoda edellytykset sille, että sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen toimeenpanoa tuetaan monipuolisesti. Kansallisten hoitosuosituksen käyttäminen ja niiden perusteella laadittujen hoito-ohjeiden

toteuttaminen sekä mahdollisuus konsultoida lääkäriä tarvittaessa kirjattiin ehdotuksena. Sairaanhoidajien suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen osaamisen kehittäminen sekä urakehitysmallit tulisi mahdollistaa lääkkeitä määrääville sairaanhoitajille. Toimintayksiköiden ehdotettiin myös luovan järjestelmän, jolla voidaan seurata sairaanhoitajan vastaanottoiminnan hyötyjä sekä kustannuksia. Omavalvontaa ehdotettiin tehostettavan yksiköissä, jotta se voitaisiin ottaa käyttöön osaksi yksiköiden potilasturvallisuussuunnitelmia ja omavalvontajärjestelmää. Seurantatieto olisi hyödynnettävissä mm. toiminnan kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 9–10.)

#### **4.2.2 Kliininen hoitotyö lääkkeitä määrävällä sairaanhoitajalla**

Läkkeitä määräviä sairaanhoitajia työskentelee perusterveydenhuollon avopalveluissa, esimerkiksi yhteispäivystyksessä, terveyskeskusten avovastaanotoilla, ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvoiloissa, opiskeluterveydenhuollossa sekä kotisairaanhoidossa. Lisäksi rajattu lääkkeenmääräminen on mahdollista erikoisairaanhoidon poliklinikoilla. (Laki 596/2022; Suutarla ym. 2023, 191.) Läkkeitä määrävien sairaanhoitajien tehtävänkuva on laajavastuista hoidontarpeen arviointia, potilaiden kliinistä tutkimista, oireenmukaista hoitoa, seuranta ja niihin liittyviä tutkimuksia. Tehtävänkuvaa sisältyy olennaisesti terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy sekä omahoidon ohjaus. Tehtävänkuvaa sisältyy myös tarvittaessa lääkkeenmääräämistä potilaalle. Sairaanhoitaja voi tarvittaessa konsultoida lääkäriä tai ohjata potilaan lääkärin vastaanotolle, mikäli oma osaaminen tai toimenkuvan rajausta sitä vaativat. Läkkeitä määrävien sairaanhoitajien työpanosta voidaan käyttää kokonaisvaltaisesti ajanvaraus- ja päivystysvastaanotoilla. (Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021, 26; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 95–96; Vesterinen 2014, 2.) Läkkeitä määrävän sairaanhoitajan tehtävänkuva ei tulisi rajautua pelkästään reseptien kirjoittamiseen tai niiden uusimiseen. Ammattitaidon hyödyntämistä voidaan tehdä jopa enemmän esimerkiksi kollegoiden ohjaamisen, muiden ammattilaisten kouluttamisen sekä hoitosuositusten integroinnissa (Courtenay, Franklin, Griffiths, Hall, MacAngus, Myers, Peniston-Bird & Radley 2018, 16).

Rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämä lisäkoulutus antaa valmiudet kliiniseen potilastyöhön, esimerkiksi asiantuntijasairaanhoitajan tehtävässä. Potilasläheisen kliinisen hoitotyön ytimessä on potilaiden kliininen tutkiminen ja anamneesin teko. Läkkeitä määrävien sairaanhoitajan tehtävänkuvaa kuuluu potilaan systemaattinen anamneesi ja terveyshistorian kartoitus, lääkityksen

läpikäynti sekä potilaiden systemaattinen tutkiminen kliinisellä tutkimuksella. Päivittäiseen kliiniseen hoitotyöhön kuuluu potilaiden terveyden ja sairauden arviointi, hoitoa ja seurantaa. Lääkemääräysten tekeminen sekä olemassa olevien lääkemääräysten uusiminen hoitosuunnitelman mukaisesti kuuluu lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien kliiniseen osaamiseen. Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy päivittäisessä kliinisessä työssä on mm. riskitekijöiden kartoitusta, ehkäisyneuvontaa sekä perhesuunnittelua sekä erilaisia seulontoja ja terveystarkastusten tekemistä. (Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021, 26; Krozen ym. 2012, 2.)

#### **4.2.3 Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työtyytyväisyys**

Hyvinvoiva henkilöstö on toimivalle organisaatiolle välttämättömyys. Fyysisen kuormituksen ohella myös psyykinen kuormitus tulee huomioida. Työolot ovat suorasti vaikutuksessa hoidon laatuun. (Hahtela 2023, 4.) Työhyvinvointi vaikuttaa työssä jaksamiseen sekä sitouttaa työntekijää työhönsä. Hyvinvoinnin kasvaessa työn tuottavuus paranee ja sairaspöissaolujen määrä vähenee. Työhyvinvoinnin edistäminen kuuluu sekä työntekijälle että työnantajalle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b). Työhyvinvointi ei synny organisaatiossa itsestään, vaan se vaatii systemaattista johtamista, suunnittelua ja toimenpiteitä henkilöstön voimavarojen lisäämiseksi sekä toiminnan jatkuvaa arviointia (Manka & Manka 2023, 114).

Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen positiivisesti vaikuttavina tekijöitä nähdään työpaikalta ja kollegoilta saatu tuki. Lääkäreiltä saatu tuki koetaan erityisesti tärkeänä voimavarana. Kokemus oman ammattitaidon hyödykkydestä ja osaamisen hyödyntäminen vahvistavat työn positiivista kokemista. Kielteisinä asioina lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työnkuvassa nähdään epäselvät työnkuvat ja potilaiden keskeneräiset hoitosuunnitelmat. Yleiset asenteet lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajien kohtaan voivat olla negatiivisia tietämättömyyden tai ymmärryksen puutteen vuoksi. (Hopia, Karhunen & Heikkilä 2016, 7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 97.)

Vesterisen (2014) tutkimuksen mukaan, sen lisäksi että lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat ovat itse tyytyväisiä työnkuvaansa, myös potilaat ja lääkärit ovat tyytyväisiä lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien toimintaan. (Vesterinen 2014, 2.) Black ym. (2022) totesivat tutkimuksessaan, että lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien suurin motivoiva tekijä työelämässä on halu parantaa omia

kliinisiä taitoja ja sitä kautta parantaa työtyytyväisyyttä. He myös ilmaisivat potilaskokemusten parantamisen omaa työtä motivoivana tekijänä. (Black, Courtenay, Norton, Franklin, Murrells & Gage 2022, 246–247.)

Työn imua voi lisätä erilaiset työhön liittyvät voimavarat kuten työn palkitsevuus, kehittävyys ja monipuolisuus. Esihenkilön ja työyhteisön tuki sekä selkeät käytännöt johtamisessa ovat työyhteisön vuorovaikutukseen liittyviä voimavaratekijöitä. Työn imua kokevat työntekijät ovat aloitteellisia ja uudistushakuisia, lisäksi he sitoutuvat työhönsä paremmin ja auttavat työkavereitaan helpommin. Mielekkääksi koettu työ vahvistaa työkykyä (Manka & Manka 2023, 149–151; Työterveyslaitos 2023). Hyvinvoiva organisaatio on tavoitteellinen, rakenteeltaan joustava ja se kehittää jatkuvasti itseään (Manka & Manka 2023, 114).

Työn yksilöllinen muokkaaminen koetaan olevan myönteisessä yhteydessä työn imun kokemukseen. Mitä enemmän työntekijät saavat muokata omaa työnkuvaansa, sitä epätodennäköisemmin he leipääntyvät työhönsä ja kokevat työuupumusta (Manka & Manka 2023, 153). Hyvinvoiva henkilöstö on keskeinen voimavara työyhteisössä. Työhyvinvointi vaikuttaa mm. organisaation innovatiivisuuteen ja houkuttelevuuteen työnantajana (Puttonen, Hasu & Pahin 2016, 7.) Työhyvinvoinnista huolehtiminen on koko työyhteisön tehtävä, jossa työnantajan tuki ja panostaminen ovat suuressa roolissa (Puttonen ym. 2016, 13). Hoitotyössä toimiville ammattilaisille tulisi tarjota joustavasti mahdollisuuksia kehittää omaa osaamistaan työuran kaikissa eri vaiheissa. Erikoistumiskoulutukset tarjoavat mahdollisuuden syventää ja laajentaa osaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 18.) Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatehtävät sekä urakehitysmahdollisuudet lisäävät sairaanhoitajan ammatin sekä organisaatioiden veto- ja pitovoimaa (Tuomikoski ym. 2024, 82). Sairaanhoitajat tarvitsevat riittävästi mahdollisuuksia asiantuntijuutensa kehittämiseen kyetäkseen tarjoamaan hyvää hoitoa (Hahtela 2023, 42).

## **5 Keski-Suomen hyvinvointialueen nykytila**

### **5.1 Hyvinvointialueella työskentelevät rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat sairaanhoitajat**

Keski-Suomen alueella on vuonna 2023 työskennellyt 55 sairaanhoitajaa rajatun lääkkeenmääräämisen työtehtävissä (Heikkilä 2023, suullinen tiedonanto). Keski-Suomen hyvinvointialueella ei ole kokonaiskuvaa siitä, miten rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen käyneiden ja oikeuden omaavien sairaanhoitajien osaamista on hyödynnetty hyvinvointialueen käynnistyessä.

Hoitohenkilökunnan ydintehtävien sujuvoittaminen ja tarkoituksenmukainen jakaminen sekä mahdollisuus keskittyä olennaiseen nähdään tärkeänä Keski-Suomen hyvinvointialueella. Olennaisena nähdään myös resurssien turvaaminen muun muassa tehtävien koordinoitun jakamisen kautta (Keski-Suomen hyvinvointialueen strategia 2022). Lääkkeenmääräämishoitajien työnkuvan selkeä määrittely koetaan merkityksellisenä työtyytyväisyyttä ajatellen. Veto- ja pitovoiman kannalta on siis tärkeää, miten työntekijöiden työnkuva on määritelty. Niissä yksiköissä, joissa lääkkeenmääräämishoitajien työtehtävät on selkeästi määritelty, on toimintaa usein kehitetty (Laapio-Rapi 2020, 200).

Aikaisempien tutkimusten mukaan henkilöstön osaamisen hyödyntäminen ja laajennetut tehtäväkuvat ovat yksi tärkeä terveydenhuollon henkilöstön pitovoimatekijä (Nuttal 2018, 8). Siten onkin syytä selvittää Keski-Suomen hyvinvointialueella työskentelevien lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työnkuva ja osaamisen hyödyntämisen nykytila sekä kehittämistarpeet, jotta voitaisiin arvioida ja optimoida nykyisen osaamisen hyödyntäminen sekä tulevaisuuden koulutustarve.

### **5.2 Hyvinvointialueen väestö ja palveluorganisaatio**

Keski-Suomen hyvinvointialueella asuu tällä hetkellä noin 273 000 henkilöä. Ikääntyneiden väestöosuuden ennustetaan kasvavan 11 prosentista noin 17 prosenttiin väestöstä vuoteen 2040 mennessä, vaikka samalla väkiluvun ennustetaan laskevan noin 4 prosenttia vuoteen 2040 mennessä. Keskimäärin sairastavuus on Keski-Suomen alueella korkeampaa kuin muualla Suomessa. Hoidontarpeen arvioidaan kasvavan 2020- luvulla huomattavasti mm. muistisairauksien, syöpien ja

sydän- ja verisuonisairauksien kohdalla. Hyvinvointialueen tavoitteena on vahvistaa keskisuomalaisten kokemusta omasta hyvinvoinnista, terveydestä ja turvallisuudesta. Tavoitteena on kaventaa keskisuomalaisten hyvinvointi- ja terveyseroja, yhdenvertaistaa ja parantaa palveluiden saatavuutta sekä vahvistaa toiminnan kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta (Keski-Suomen hyvinvointialueen strategia 2022).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä, 1.1.2023 alkaen, vastuu palveluiden järjestämisestä siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille. Suomi on jaettu 21:en hyvinvointialueeseen, jotka itsenäisesti järjestävät oman alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Uudistuksen tarkoituksena on palveluiden yhdenvertaistaminen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen hillitseminen. Uudistuksen myötä tavoitteena on ollut myös palveluiden painopisteen siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena on turvata nopeampi hoitoon pääsy sekä parantaa palveluiden saatavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023a.)

Sosiaali- ja terveyspalvelut on organisoitu Keski-Suomen hyvinvointialueella lasten, nuorten ja perheiden palveluihin, koti- ja asumispalveluihin, laaja-alaiseen sosiaali- ja terveyskeskukseen sekä sairaalapalveluihin. Laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus tuottaa palveluita avosairaanhoidon asiakkaille alueittain. Alueet ovat pohjoinen, itäinen, keskinen ja läntinen palvelualue. Pelastustoimi on oma itsenäinen palvelualueensa (Keski-Suomen hyvinvointialuestrategia 2030).

## 6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten paljon rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat tekevät lisäkoulutuksensa mukaista työtä Keski-Suomen hyvinvointialueella ja kokevatko he, että heidän osaamistaan hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. Tavoitteena on myös selvittää, millaisena sairaanhoitajat itse näkevät oman työnkuvansa ja millä tavalla he haluaisivat kehittää omaa sitä.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada kokonaiskuva Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien osaamisen hyödyntämisen nykytilasta sekä työtyytyväisyydestä ja työtehtävän kehittämisen tarpeista. Vakavan henkilöstöpulan vuoksi on tärkeää taata hoitotyöntekijöiden riittävyys ja yksi keino tähän on työroolien parempi hyödyntäminen.

### Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

1. Miten paljon rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien työaika hyödynnetään koulutusta vastaaviin tehtäviin?
2. Miten potilaat ohjautuvat rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien vastaanotoille ja kuinka paljon potilaita viikossa on?
3. Kuinka tyytyväisiä rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat ovat nykyiseen työnkuvaansa?
4. Miten sairaanhoitajat haluaisivat kehittää omaa työnkuvaansa?

## 7 Opinnäytetyön toteutus

### 7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmää. Kyseessä oli poikkileikkaustutkimus kokonaisotannalla. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää tilastollisesti lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja eli vakioituja tutkimuslomakkeita, jotka sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. Määrällisen tutkimuksen aineisto edustaa vastaajien näkemystä niin, ettei tutkijan mielipiteet vaikuta tutkittavaan ilmiöön tai tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuskohteiksi soveltuvat ihmiset. Tutkimusmenetelmän avulla voidaan asioita kuvata numeeristen suureiden avulla. Usein selvitetään myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Aineistosta voidaan selvittää keskiarvoja (mean) ja yleisimmin toistuvia lukuja (mode) tai mediaaneja (median). Kun aineiston jakauma on normaali, keskiarvo, mediaani ja moodi pitäisi olla suunnilleen sama. (Bandari 2023; Botti & Endacott 2005, 118; Heikkilä 2014, 15; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 56; Vilka 2021.) Poikkileikkaustutkimuksella saadaan yleensä yhtä ajankohtaa kuvaava tutkimustulos. Kokonaisotannassa koko perusjoukko otetaan mukaan tutkimukseen. Kokonaisotantaa käytetään yleensä silloin, kun tutkimusaineisto on pieni, eli havaintoyksiköiden määrä on alle sata (Heikkilä 2014, 15; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017; Vilka 2007, 53). Kokonaisotannassa aineisto kerätään kerran eikä suhdetta ajalliseen etenemiseen ole tarkoitus tarkastella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 56). Tämä tutkimuksen menetelmäksi valikoitui määrällinen tutkimus, koska sen avulla voidaan ilmiötä kuvata numeerisesti. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla saadaan vastaus kysymyksiin, mikä, missä, paljonko ja kuinka usein?

### 7.2 Kuvaus tiedonhausta

Tietoperusta tähän opinnäytetyöhön on koottu aikaisemmista suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista, lakiteksteistä, asetuksista ja säädöksistä, sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkisista raporteista. Tiedonhaku tapahtui sähköisten tietokantojen kautta. Käytettyjä tietokantoja olivat CINAHL, PubMed, ProQuest Central, SAGE sekä Google Scholar. Tiedonhaussa hyödynnettiin myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun verkkokirjaston sähköisiä materiaaleja. Tiedonhaku tehtiin sekä



suomeksi että englanniksi. Käytettyjä hakusanoja oli: “advanced practice of nursing”, “nursing models”, “nurse prescribing”, “laajavastuinen hoitotyö”, “rajattu lääkkeenmääräämisoikeus”, sekä “asiantuntijasairaanhoitaja”. Hakusanoja käytettiin erilaisilla yhdistelmillä sekä englanniksi että suomeksi. Saaduista tuloksista tähän opinnäytetyöhön valittiin ne tutkimustulokset tai lähteet, jotka olivat 2010- luvun jälkeen julkaistuja ja käsittelivät laajavastuista hoitotyötä tai lääkkeenmääräämisen tehtäväkuvaa tai sen tutkimista. Lähteistä valittiin myös pääsääntöisesti Euroopan tasolla tehdyt tutkimukset, koska pääpainotus tässä työssä on Euroopan alueen lääkkeenmäärääjä-sairaanhoitajien työnkuvassa, sen tutkimisessa ja kehittämisessä.

### 7.3 Kyselylomake

Tutkimuksen aineisto kerättiin aikaisempiin tutkimuksiin perustuvalla kyselylomakkeella, Finnish nurse prescribing questionnaire (FiNPQ). Kyselylomakkeen ovat tehneet Fagerström, Nylund, Vaartio-Rajalin & Boman ja se perustuu Åbo Akademin käynnissä oleviin väitöskirjatutkimuksiin. Kyselylomakkeen käyttöön saatiin lupa.

Kyselylomake on monipuolinen ja koostuu kaikkiaan 55 kysymyksestä. Osa kysymyksistä sisältää useita alakysymyksiä ja valikoita. Paperinen lomake on 15 sivua. Tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen kysymyksistä vain osaa käytettiin tässä opinnäytetyössä. Vastaajien taustatietoja kartoitettavia kysymyksiä on kyselylomakkeen alussa kahdeksan. Kts. Taulukko 1. Kyselylomake rakentuu Fagerströmin hoitotyön mallin pohjalle ja se on jäsennelty hoitotyön mallin ulottuvuuksia hyödyntäen. Kts. Kuvio 2. Kyselylomake on väliotsikoitu hoitotyön mallin mukaisesti (potilasläheinen kliininen hoito, eettinen päätöksenteko, valmennus, opetus ja ohjaus, konsultointi, yhteistyö, case management, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtajuus).

Taulukko 1. Kyselylomakkeen taustatietoja kartoittavat kysymykset

Vastaajien taustatiedot	Sukupuoli Ikä Koulutustaso Suoritetut vähintään 30 op lisäkoulutukset/tutkinnot Työkokemus hoitoalalta, sekä Työkokemus lääkkeenmääräämisestä Työsuhteen laatu, työaika ja työaikaprosentti Alue, jolla työskentelevät Keski-Suomen hyvinvointialueella
-------------------------	--

Kyselylomake sisältää myös kysymyksiä lääkkeenmääräämiseen liittyvistä tehtävistä sekä terveyden edistämisen ja sairauden ehkäisyn kokonaisuudesta. Lääkkeenmääräämiseen liittyvä osio on laaja ja päivittäisen potilasmäärän, kirjoitettavien reseptien ja itsehoitolääkkeitten ohjaaminen selvitetään tarkasti. Kysymyksistä pyrittiin valikoimaan tähän tutkimusraporttiin ne kysymykset, jotka antaisivat vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kts. Taulukko 2.

Taulukko 2. Tutkimuskysymykset sekä tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeen kysymykset

Tutkimuskysymykset, joihin haetaan vastausta	Kyselylomakkeen kysymys, joka vastaa tutkimuskysymykseen
Kysymys 1: miten paljon rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien työaikaa hyödynnetään koulutusta vastaaviin tehtäviin	23. Missä määrin sinulle ohjataan sellaisia potilaita, jotka voisivat hyötyä rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudestasi?
	25. Osaamisalueet ja työtehtävät: Potilasläheinen kliininen hoitotyö
	33. Arvioi prosentteina, kuinka työmääräsi on jakautunut viimeisen neljän viikon aikana.
	34. Arvioi miten suuressa osassa "potilasläheisestä kliinisestä hoidosta" suoritat työtehtäviä, jotka mahdollistavat rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden käytön (fyysisiä potilaskontakteja, lääkemääräyksiä puhelinyhteyden tai etävastaanoton kautta jne.)
	35. Missä määrin työpaikallasi mielestäsi hyödynnetään sinun rajattua lääkkeenmääräämisoikeuttasi?
	36. Kuinka monta potilasta ohjaat lääkärin vastaanotolle omalta vastaanotoltasi siitä syystä, että lääkkeenmääräämisoikeus on rajattu eikä sinulla ole oikeutta määrätä siihen lääkehoitoa?
	37. Kuinka monta potilasta viikossa ohjaat lääkärin vastaanotolle omalta vastaanotoltasi siitä syystä, että ko. potilas tarvitsee lääkärin tutkimusta ja/tai hoitoa (lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan osaaminen ei ole riittävä)?
Kysymys 2: miten potilaat ohjautuvat rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien vastaanotoille ja kuinka paljon potilaita viikossa on	21. Millä tavoin potilaat ohjautuvat vastaanotollesi?
	22. Onko organisaatiossanne ohjeistusta mitkä potilasryhmät voidaan ohjata rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavalle hoitajalle?
	24. Arvioi potilaittesi yleinen ikäjakauma prosentteina.
	39. Kuinka monta potilasta tutkit keskimäärin viikossa?
	40. Kuinka montaa potilasta hoidat keskimäärin viikossa?
41. Kuinka monta itsehoitolääkettä suosittelet viikossa	

	42. Kuinka monelle potilaalle määrät reseptin lääkeshoidon aloittamiseksi yleensä viikon aikana?
	43. Kuinka monelle potilaalle yleensä uusit lääkeresepin viikon aikana?
Kysymys 3: kuinka tyytyväisiä rajatun lääkkeen määräämiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat ovat nykyiseen työnkuvaansa ja	48. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet myönteisesti sairaanhoitajien lääkkeen määräämisoikeuden toteutumiseen työpaikallasi?
	49. Onko jotain tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet kielteisesti toteutumiseen työpaikallasi?
	50. Kuinka tyytyväinen olet työtehtäviisi liittyen lääkkeen määräämiseen?
	51. Mitkä tekijät vaikuttavat vastaukseesi kysymyseen 50?
	52. Mitkä tekijät voisivat lisätä työtyytyväisyyttäsi?
	53. Työn palkitsevuus yksikössäni
Kysymys 4: miten sairaanhoitajat haluaisivat kehittää omaa työnkuvaansa	18. Millaista täydennyskoulutusta haluaisit?
	47. Onko tarvetta kehittää sairaanhoitajien rajattua lääkkeen määräämisoikeutta yksikössäsi?
	54. Mitkä seuraavista väittämistä kuvastaa työuraasi liittyviä suunnitelmiasi tulevaisuudessa? Voit valita useita vaihtoehtoja.
	55. Onko sinulla muita kommentteja työroolistasasi?

Kyselylomakkeen kysymykset siirrettiin Webropol- ohjelmaan sellaisenaan. Kvantitatiivisten tutkimusten aineistojen keruussa käytetään usein Webropol- ohjelmaa (Heikkilä 2014, 76).

Kyselylomakkeessa oli useita erilaisia vastausvaihtoehtoja. Vastausvaihtoehtoina oli vapaasti vastaajan valitsemissä prosenttimääriä (0–100 % välillä) tai vastaajan vapaasti valitsema numeraalinen määrä. Vastausvaihtoehdoissa oli kysymyksiä 1-10 väittämillä, joissa ääripäät oli luokiteltu termeillä: 1= täysin eri mieltä, 10= täysin samaa mieltä. Vaihtoehtoina oli myös Likert asteikon 1–8 väittämillä: 1= vähäisessä määrin, 8= suurelta osin, sekä Likert asteikollisia vastuksia asteikolla 1-5 joissa vaihtoehdot olivat: 1= en koskaan, 2= joku kerta vuodessa, 3= kuukausittain, 4= viikoittain ja 5= päivittäin. Osassa kysymyksistä oli vastaajille annettu rajatut numeraaliset alueet, joille vastaus pitää sijoittaa esimerkiksi, alle 5, 6–10, 11–20, 21–30, 31–40, enemmän kuin 41. Vastausvaihtoehtoina oli myös päivittäin, viikoittain, kuukausittain, joku kerta vuodessa ja ei lainkaan.

## 7.4 Aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmä oli Keski-Suomen hyvinvointialueella työskentelevät sairaanhoitajat, joilla on rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus ja jotka tekevät lisäkoulutuksensa mukaista työtä tällä hetkellä (N=55). Kysely lähetettiin hyvinvointialueen vastuualuejohtajien kautta vastaajille sähköpostilinkkinä ja kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti. Sähköpostitse tehty kysely toimii parhaiten silloin, kun perusjoukko koostuu yritysten ja organisaatioiden toimijoista, jolloin voidaan varmistaa, että kaikilla vastaajilla on yhtäläiset mahdollisuudet vastata kyselylomakkeeseen. (Vilka 2021.)

Kysely lähetettiin vastaajille ensimmäisen kerran kesäkuun 2023 alussa. Mahdollisimman kattavan aineiston saamiseksi, kyselyä jatkettiin ja muistutusviesti vastaajille lähetettiin elokuussa 2023. Aineiston keruu lopetettiin syyskuun 2023 lopussa.

## 7.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi aloitettiin vastausten siirtämisellä Webropol ohjelmasta havaintomatriisiksi SPSS ohjelmaan. Saadut vastaukset (n=63) tarkastettiin ja materiaalista poistettiin sellaisten vastaajien tiedot, jotka olivat lopettaneet kyselyn taustatietoja kartoittavien kysymysten jälkeen. Vastauksista poistettiin myös sellaiset keskeneräiset vastaukset, jonka kohdalla voitiin todeta saman vastaajan vastanneen kyselyyn kahdesti. Tutkimuksen aineistoon päädyttiin ottamaan mukaan kaikki loput vastaajat (n=43) siltä osin, kun vastauksia oli käytettävissä. Tutkimuksen kaikkiin kysymyksiin vastasi 34 lääkkeitä määräävää sairaanhoitajaa.

Analyysivaiheessa kyselylomakkeen 1-10 väittämillä olleet vastaukset on luokiteltu uudelleen viiteen (1-5) luokkaan: 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= jokseenkin samaa mieltä, 4= samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä. Väittämillä 1–8 olleet Likert asteikolliset vastaukset on jaettu neljään (1–4) vastausvaihtoehtoon. Vastausvaihtoehdot on luokiteltu: 1= huonosti, 2= melko huonosti, 3= melko hyvin, 4= hyvin. Likert asteikolliset vastaukset asteikolla 1–5 ei ole uudelleenluokiteltu. Prosentteina ilmaistut vastaukset on luokiteltu viiteen ryhmään, 0–20 %, 21–40 %, 41–60 %, 61–80 % ja 81–100 %. Prosenttivastauksista on tuloksia ilmaistu myös keskiarvoina.

Aineistoon tehtiin ristiintaulukointia osoittamaan alueellisia eroja Keski-Suomen hyvinvointialueen eri yksiköiden välillä. Ristiintaulukoinnilla voidaan tutkia muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. Se sopii kahden tai enintään kolmen yksittäisen muuttujan välisten yhteyksien tarkasteluun. (Kallinen & Kinnunen 2021.) Tässä opinnäytetyössä ristiintaulukoinnilla haluttiin selvittää, onko hyvinvointialueen sisällä toimipistekohtaisesti suuria eroja sairaanhoitajien lääkkeen määräämisen toteutumisessa. Koska tutkimusjoukko oli melko pieni, on muistettava, että suuria yleistyksiä ei tuloksista pystytä tekemään (Kallinen & Kinnunen 2021).

Avoimet vastaukset on teemoiteltu. Teemoittelussa aineistosta nostetaan esiin tutkimustehtävän kannalta keskeisiä asiakokonaisuuksia. Tutkimusraportissa esitetään yleensä sitaatteja asian havainnollistamiseksi. Teemat ovat aineistossa toistuvia asioita, joita tutkija kokoaa saadusta aineistosta. (Kallinen & Kinnunen 2021.) Avoimista vastauksista on nostettu esiin mahdollisimman laajasti kaikki vastaajien tuomat ajatukset ja asiat. Sitaatteja vastaajien vastauksista on käytetty kuvaamaan vastausten luonnetta.

## **7.6 Tutkimuksen etiikka ja lupamenettely**

Tutkimukseen tehtiin tutkimussuunnitelma, jonka perusteella haettiin ja saatiin lupa Keski-Suomen hyvinvointialueen koulutusyksiköstä. Tutkimusta tehdessä noudatettiin hyvää tutkimusetiikkaa (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023, 11.) Tutkimus suoritettiin avoimesti ja vastaajille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus ja käyttötapa. Aineisto kerättiin ja käsiteltiin turvallisesti. Vastaukset on käsitelty niin, että tutkittavien henkilöllisyys ei ole lukijan pääteltävissä.

Tutkimusaineisto on Webropol ohjelmassa salasanoin suojatussa kansiossa ja sinne on pääsy vain tutkijoilla (Johanna Heikkilä, Minna Bogdanoff). SPSS ohjelmassa tutkimuksen tulokset ovat havaintomatriisina edellä mainittujen tutkijoiden yhteisessä suljetussa kansiossa. Tutkimuksen vastuullisena johtajana ja rekisterinpitäjänä toimii johtava asiantuntija Johanna Heikkilä. Koska tutkimus on osa laajempaa kokonaisuutta, tullaan Keski-Suomen hyvinvointialueen tuloksia jatkossa vertailemaan muiden hyvinvointialueiden tuloksiin. Tutkimuksesta on myös laadittu tietosuojaseloste.

Tutkimuksen eettisyyden perustana tulisi aina olla tutkittavan ilmiön hyödyllisyys. Tutkimussuunnitelmassa tulee arvioida, millä tavalla tutkimuksessa tuotettava tieto voidaan hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218.) Tässä opinnäytetyössä tutkittava ilmiö, lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työn hyödyntäminen Keski-Suomen hyvinvointialueella, on erittäin ajankohtainen ja tärkeä aihe. Väestörakenteen muutoksen ja ammattilaisten vähäisen määrän vuoksi on tärkeä selvittää, kohdennetaanko osaavien erikoiskoulutettujen ammattilaisten työpanos oikein. Tutkimusaiheen merkitys käytännön hoitotyölle ja hoitotyön kehittämiseksi tulisi olla aihealueen valinnan keskeisin peruste. Tutkimus voi sijoittua kliinisen hoitotyön, hoitotyön johtamisen tai terveysalan kehittämisen alueelle. Tutkimuksen lopullinen tavoite on aina tuottaa hyödynnettävää tietoa terveyspalveluiden kehittämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 89.)

## **7.7 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti**

Kyselykaavake oli pitkä ja sisälsi 55 kysymystä. Tätä opinnäytetyötä tehdessä kyselykaavake lähetettiin vastaajille kokonaisuudessaan, koska kysely on osa laajempaa tutkimusta, vain osaa kysymyksistä käytettiin tulosten keräämiseen. Osa vastaajista ei vastannut kaikkiin kysymyksiin, 34 sairaanhoitajaa vastasi koko kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin. Tämä saattaa kertoa siitä, että kysely oli pitkä, jolloin vastaamista ei jaksettu tehdä loppuun saakka, vaikka tutkittava aihe kosketikin omaa työnkuvaan ja sen kehittämistä. Toisaalta vastaajista muutama (n=4) aloitti vastaamisen uudelleen ja vastasi koko kyselylomakkeeseen. Kato tarkoittaa tietojen puuttumista kerätystä aineistosta. Kyselytutkimuksissa kato saattaa olla jopa 25–30 %. Kato ei ole ongelma, mikäli se on satunnaisesti jakautunut tai vähäinen. (Vilka 2021, 59.) Tässä tutkimuksessa koko kyselyyn vastanneiden vastausprosentti oli 78 %. Tiedonkeruun käynnistyminen kesäkuussa saattoi haitata vastausten saamista, koska osa esihenkilöistä ja vastaajista oli saattanut jo jäädä kesälomalle. Vastausaikaa kuitenkin pidennettiin ja uusi muistutusviesti vastaajille lähetettiin kesälomakauden lopussa. Lisäksi esimiehiä muistutettiin kyselyn lähettämisestä vastaajille.

Tutkimuksen tavoitteena on aina mahdollisimman objektiivinen tutkimus, puolueeton tutkimusprosessi ja puolueettomat tutkimustulokset. Tätä edesauttavat tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde prosessin aikana, esimerkiksi verkossa tehtävässä kyselyssä tutkija ei tapaa tutkittavaa henkilökohtaisesti. Tutkimuksen on oltava toistettavissa sekä mitattavissa ja sen tulee olla objektiiv-

nen. (Botti & Endacott 2005, 193; Vilkkä 2007, 16.) Tässä opinnäytetyössä tutkittavien henkilöllisyys ei ole tutkijan tiedossa. Kysely lähetettiin vastaajille hyvinvointialueen esihenkilöiden kautta, eikä kyselyssä kysytä vastaajien suoria henkilötietoja.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa, että mittaustulokset ovat toistettavissa. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Tutkimus on kokonaisotantana tehty tutkimus ja kuvastaa tutkimus hetken tilannetta. Vastaukset ovat ainakin osittain toistettavissa, toki työelämän kehittyminen ja vastaajien kokemukset voivat vaikuttaa vastaajiin. Tutkimuksen huolellinen ja selkeä muotoilu on määrällisen tutkimuksen perusta.

## **8 Opinnäytetyön tulokset**

### **8.1 Vastaajien taustatiedot**

Kyselyyn vastasi 43 rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen käynnyttä sairaanhoitajaa. Vastaajista 40 oli naisia ja miehiä oli kolme. Vastaajien iän keskiarvo oli 47 vuotta. Työkokemusta hoitoalalta vastaajilla oli keskimäärin 19 vuotta. Kokemusta lääkkeenmääräämisen alueella vastaajilla oli keskimäärin viisi ja puoli vuotta. Vastaajista 41 ilmoitti, että heillä on sairaanhoitajan tutkinto ja lisäksi terveydenhoitajan tutkinto oli kymmenellä vastaajalla. Vastaajissa ei ollut yhtään kättilöä tai ensihoitajaa. Erikoistumiskoulusta, joka on laajuudeltaan vähintään 30 opintopistettä, oli vastaajilla mm. diabeteksen, sydänpotilaan ja keuhkosairauksien hoitotyöstä. Vastaajilla oli ensi- ja teuhoidon, perioperatiivisen hoitotyön sekä lähiesimiestyön lisäkoulutusta. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto oli kuudella vastaajista. Heistä viisi oli suorittanut kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan tutkinnon ja yksi terveyden edistämisen tutkinnon. Terveystieteiden maisterin tutkinto yliopistosta oli yhdellä vastaajalla. Katso Taulukko 3.

Taulukko 3. Tutkimukseen vastanneet sairaanhoitajat (n=43)

<b>Sukupuoli</b>	<b>(n=43)</b>	<b>%</b>
Nainen	40	93
Mies	3	7
<b>Ikä</b>		
30–39 vuotta	9	21
40–49 vuotta	16	37
50–yli 60 vuotta	18	42
<b>Koulutus</b>		
Sairaanhoitaja	41	95
Terveystenhoitaja	10	23
<b>Työkokemus hoitoalalta</b>		
0–10 vuotta	6	14
11–20 vuotta	17	39
21–30 vuotta	18	42
yli 30 vuotta	2	5
<b>Työkokemus lääkkeenmääräämisestä</b>		
0–5 vuotta	19	44
6–10 vuotta	22	51
yli 10 vuotta	2	5
<b>Erikoistumiskoulutus</b>		
Vähintään 30 op lisäkoulutus	14	33
YAMK tutkinto	6	14
Yliopistotutkinto	1	2
Ei lisätutkintoja	22	51

Vastaajista suurin osa ilmoitti työskentelyalueekseen Keski-Suomen hyvinvointialueella laaja-alaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen. Sairaalapalveluissa työskenteli kuusi vastaajista. Lisäksi oli vastaajat keskisen toiminnallisen alueen erikoisvastaanotolta ja keskitetyn seksuaaliterveyden palveluista. Katso Taulukko 4. Vastaajista 41 työskenteli toistaiseksi voimassa olevassa työsuhteessa ja kahdella työsuhde oli tilapäinen. Vastaajista yksi teki 30 tuntista työaika, kaikilla muilla työaika oli täysiaikainen. Vastaajista suurin osa (n=31) teki päivätyötä. Sekä kaksivuoro- että kolmivuorotyössä työskenteli kuusi vastaajaa.



Taulukko 4. Tutkimukseen vastanneiden sairaanhoitajien työskentelyalueet

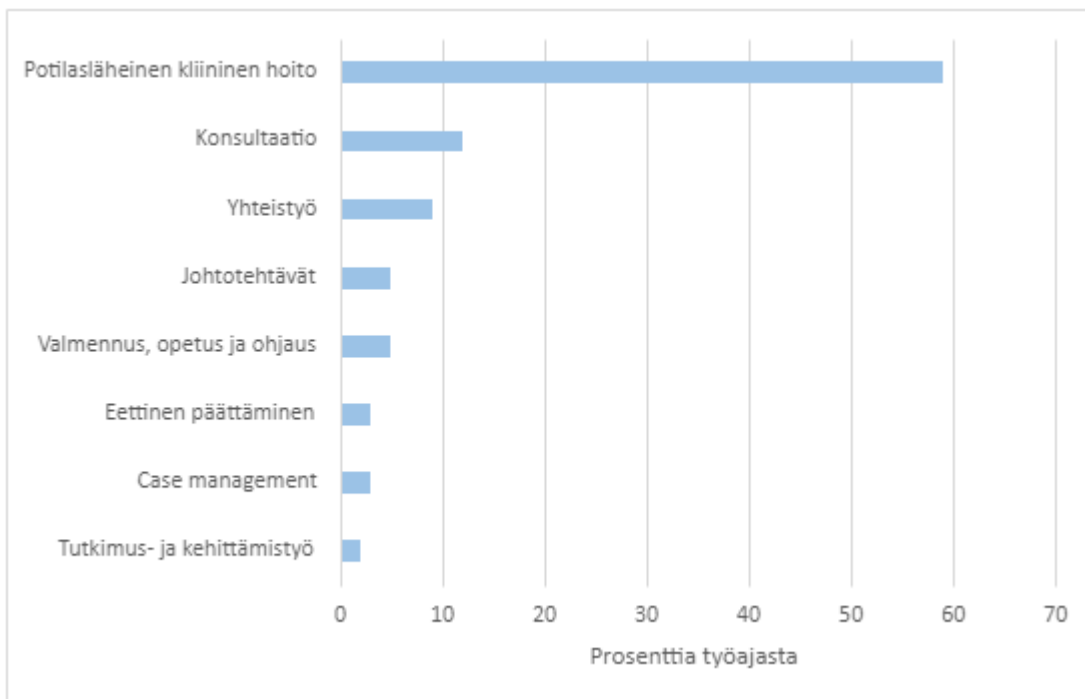
Työskentelyalue Keski-Suomen hyvinvointialueella (n=43)		%
Laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus	35	81
• Läntinen alue	10	23
• Keskinen alue	6	14
• Itäinen alue	9	21
• Pohjoinen alue	10	23
Sairaalapalvelut		
• Päivystys- ja ensihoito	6	14
Muu	2	5

## 8.2 Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien asiantuntijuus ja sen hyödyntäminen

Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkkeitä määräviä sairaanhoitajia pyydettiin arvioimaan työ-määräänsä prosentteina viimeisen neljän viikon ajalta ja jakamaan se eri laajavastuisen hoitotyön alueiden välille: **potilasläheinen kliininen hoitotyö, konsultaatiot, yhteistyö, case management, valmennus, ohjaus ja opetustyö, tutkimus- ja kehittämistyö, eettinen päättäminen ja johtotehtävät.**

**Potilasläheistä kliinistä hoitotyötä** vastaajista (n=39) kahdeksan (21 %) oli tehnyt viimeisen neljän viikon aikana 81–100 %. Vastaajista yhdeksän (23 %) oli työskennellyt potilasläheisen kliinisen hoitotyön alueella 61–80 % työajastaan. Vastaajista 13 (33 %) ilmoitti tekevänsä potilasläheistä kliinistä hoitotyötä 41–60 % työajastaan ja seitsemän (18 %) vastaajaa 21–40 %. Kaksi vastaajista (5 %) ilmoitti, että eivät tee lainkaan potilasläheistä kliinistä hoitotyötä. **Konsultaatioita** vastaajat olivat tehneet 2–20 % välillä. Kaksi vastaajaa ei ollut tehnyt konsultaatioita lainkaan ja yksi vastaajista oli tehnyt pelkkiä konsultaatioita. **Yhteistyön** osuudeksi omasta työmäärästä oli arvioitu 0 % ja 30 % välille. **Johtotehtäviä** teki 100 % työajastaan yksi vastaaja. 5–20 % johtotehtävien parissa työskenteleviä oli vastaajista 11. Vastaajista 27 ei tehnyt lainkaan johtotehtäviä. **Valmennus, ohjaus ja opetustyöhön** oli viimeisen neljän viikon aikana käyttänyt työaikaansa 2–30 % 23 vastaajaa. Vastaajista 16 ei ollut tehnyt valmennus, ohjaus ja opetustyötä lainkaan. Enimmillään valmennusta, opetusta ja ohjausta oli annettu 30 % työajasta. **Eettisen päättämisen** alueella 5–15 % työaikaansa oli käyttänyt 18 vastaajaa. 0–3 % työaika oli kulunut eettisen päättämisen tehtäviin 21 vastaajalla.

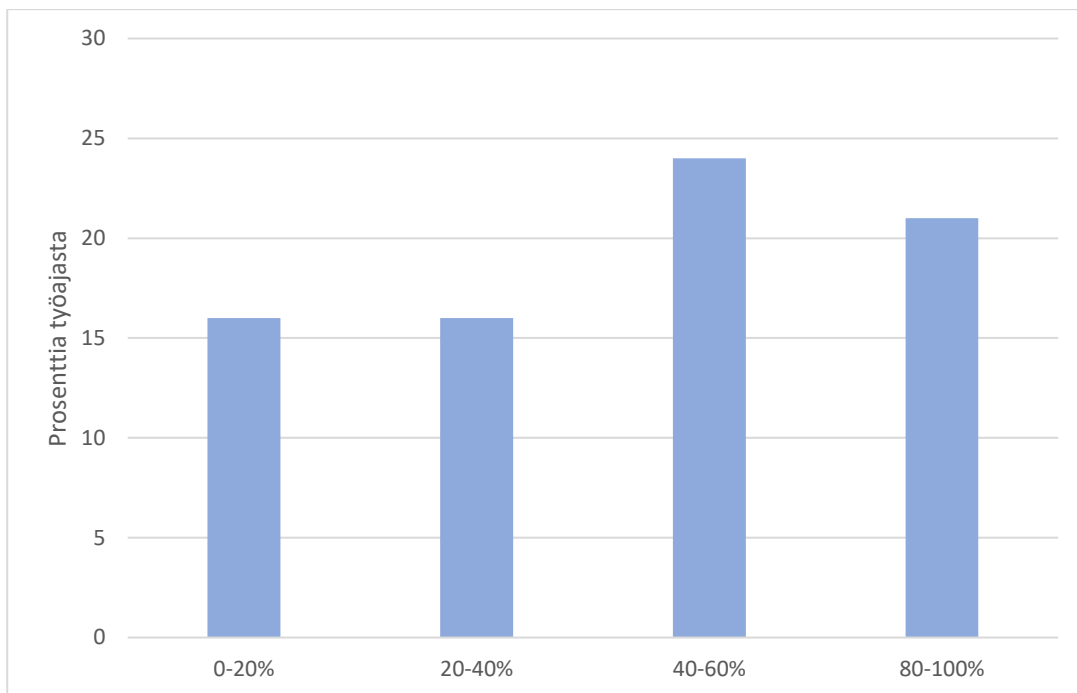
**Case management** kuului työtehtäviin 3–30 % 15:lla vastaajista. Vastaajista 24 ei kokenut tehneensä case managementiin liittyviä tehtäviä lainkaan. **Tutkimus- ja kehittämistyön** määrä työajasta oli arvioitu olevan maksimissaan 10 %. Vastaajista 23 ei ollut tehnyt tutkimus- ja kehittämistyötä lainkaan neljän viikon aikana. Katso Kuvio 3 ja Liitetaulukko 1. Laajavastuisen hoitotyön eri alueille käytetyn työajan määrä oli samankaltainen tutkimuksessa tarkasteltujen hyvinvointialueen toimintayksiköiden välillä. Potilasläheistä kliinistä hoitotyötä tehtiin kaikissa hyvinvointialueen toimintayksiköissä eniten.



Kuvio 3. Keskiarvot kuukausittaisen työajan jakautumisesta hoitotyön eri alueilla (n=39)

Arvioitaessa, miten suuressa osassa potilasläheisen kliinisen hoitotyön alueella (prosentteina työajasta) vastaajat (n=38) suorittavat työtehtäviä, jotka mahdollistavat rajatun lääkkeenmääräämisen hyödyntämisen (fyysisiä potilaskontakteja, lääkkeenmääräyksiä puhelinyhteyden tai etä vastaanoton kautta), melkein puolet vastaajista (45 %, n=17) kertoi käyttävänsä työajastaan 61–100 % rajatun lääkkeenmääräämisen mahdollistaviin kliinisen hoitotyön työtehtäviin. Hiukan yli kolmasosa vastaajista (39 %, n=15) käytti 21–60 % työaikaansa rajatun lääkkeenmääräämisen mahdollistaviin kliinisen hoitotyön tehtäviin. Muutamalla vastaajista (16 %, n=6) kliinisen hoitotyön työtehtäviin kului 0–20 % työajasta. Keskiarvo kliinisen hoitotyön tehtäviin käytetystä työajasta oli 58 %. Katso Kuvio 4 ja Liitetaulukko 2. Kliinisen hoitotyön alueella suoritettavat työtehtävät, jotka mahdollistavat rajatun lääkkeenmääräämisen, toteutuivat kaikilla hyvinvointialueen toimipisteillä. Sekä

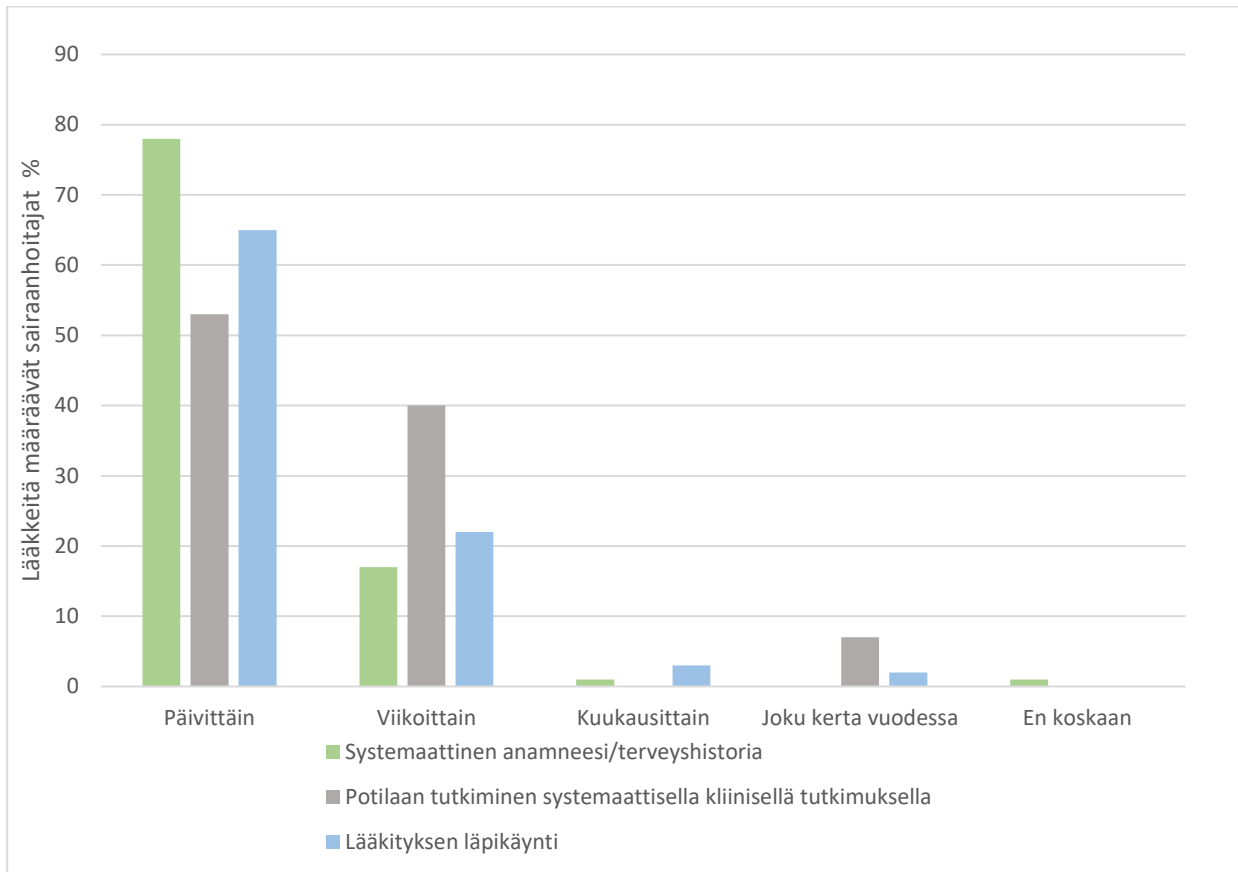
laaja-alaisen sosiaali- ja terveysaseman että sairaalapalveluiden alueella vastaajien ilmoittama työaika jakaantui samankaltaisesti eri hoitotyön osa-alueille 0–100 % välille.



Kuvio 4. Rajatun lääkkeenmääräämisen työtehtävien osuus potilasläheisestä kliinisestä hoitotyöstä (n=38)

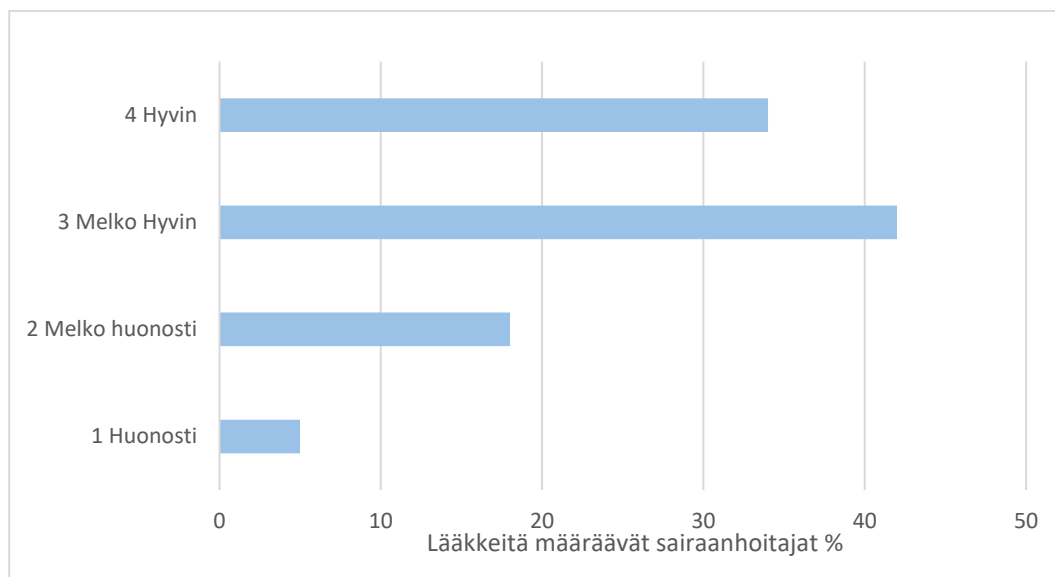
Tarkasteltaessa sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvien tehtävien toteuttamista kliinisen tutkimuksen ja anamneesin osalta, vastaajista (n=40) suurin osa vastaajista (78 %, n=31) teki päivittäin systemaattista anamneesia/terveyshistorian kartoitusta, viikoittain noin viidennes (17 %, n=7) vastaajista. Yksi vastaajista (3 %, n=1) teki kuukausittain tai jonkun kerran vuodessa. Yksi vastaajista (3 %, n=1) ei tehnyt lainkaan systemaattista anamneesia/terveyshistorian kartoitusta. Eniten systemaattista anamneesia/terveyshistorian kartoitusta tehtiin laaja-alaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen pohjoisella toiminnallisella alueella, jossa kaikki vastaajat ilmoittivat tekevänsä sitä päivittäin. Myös muilla terveysasemilla kartoitusta tehtiin viikoittain tai päivittäin. Sairaalapalveluiden alueella systemaattista anamneesia/terveyspalveluiden kartoitusta tehtiin vähiten. Kliiniseen tutkimiseen käytti aikaa päivittäin hiukan yli puolet (53 %, n= 21) vastaajista ja viikoittain hiukan alle puolet (40 %, n=16) vastaajista. Jonkun kerran vuodessa systemaattista kliinistä tutkimusta potilaille teki muutama (7 %, n=3) vastaajista. Potilaiden systemaattista kliinistä tutkimista tehtiin kaikilla tutkimukseen kuuluvilla palvelualueilla jokseenkin saman verran. Lääkityksen päivittäistä läpikäyntiä teki yli puolet (65 %, n=26) vastaajista, viikoittain hiukan yli viidennes (22 %, n= 9) vas-

taajista. Muutama (13 %, n=5) vastaajista teki lääkityksen läpikäyntiä kuukausittain tai jonkun ker-  
ran vuodessa. Laaja-alaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen pohjoisella ja itäisellä toiminnallisella alu-  
eella lääkityksen läpikäyntiä tehtiin eniten, sairaalapalveluiden alueella vähän. Katso Kuvio 5 ja Li-  
tetaulukko 3.



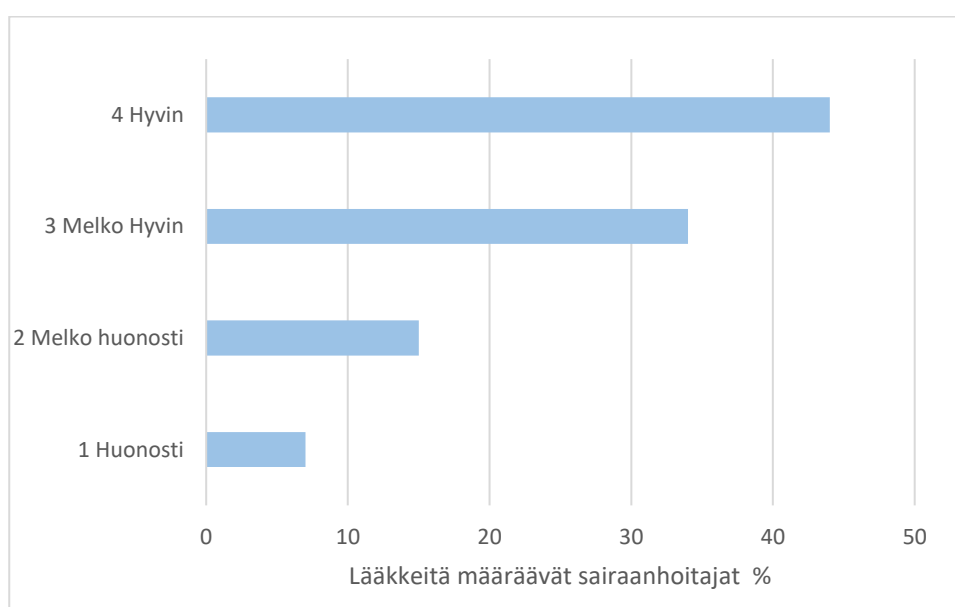
Kuvio 5. Anamneesin, potilaan kliinisen tutkimisen ja lääkityksen läpikäynnin toteutumisen määrä prosentteina (n=40)

Lääkkeenmääräämiskoulutuksen antaman tietotaidon hyödyntämiseen omalla työpaikalla vastaa-  
jista (n=38) suurin osa (76 %, n=29) koki, että heidän koulutustaan lääkkeenmäärääjinä hyödynne-  
tään omalla työpaikalla hyvin tai melko hyvin. Vastaajista melkein neljännes (24 %, n=9) koki kou-  
lutuksen hyödyntämisen omalla työpaikalla melko huonoksi tai huonoksi. Katso Kuvio 6 ja  
Liitetaulukko 4. Laaja-alaisen sosiaali- ja terveysaseman läntisellä ja itäisellä alueella työskentele-  
vät kokivat osaamisen hyödyntämisen olevan hyvää. Keskisellä alueella osaamisen hyödyntämisen  
kokemus oli heikointa. Sairaalapalveluiden alueella osaamisen hyödyntäminen koettiin melko hy-  
väksi.



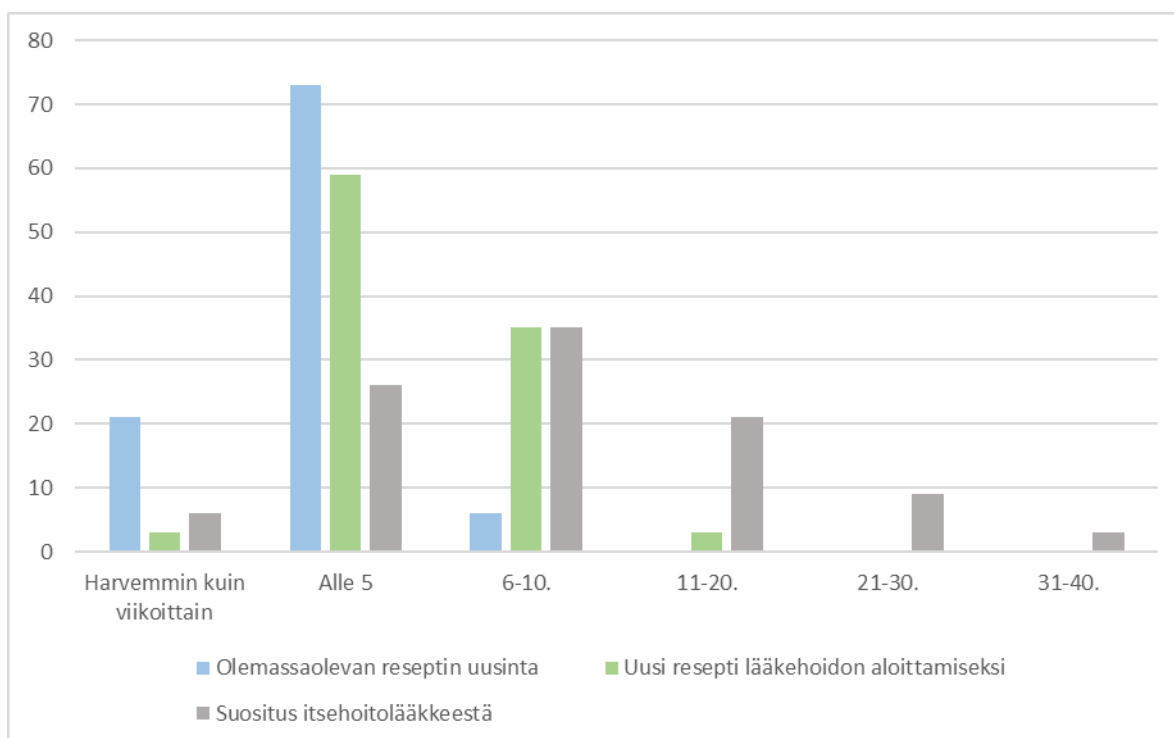
Kuvio 6. Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien osaamisen hyödyntäminen omalla työpaikalla prosentteina (n=38)

Vastanneista Keski-Suomen lääkkeitä määrävistä sairaanhoitajista (n=41) suurin osa (78 %, n= 32) koki, että heidän vastaanotolleen ohjautui hyvin tai melko hyvin ne potilaat, jotka hyötyvät sairaanhoitajan rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta. Vastaajista hiukan yli viidennes (22 %, n=9) koki, että oikeanlaisten potilaiden ohjautuminen heidän vastaanotolleen oli melko heikkoa tai heikkoa. Katso Kuvio 7 ja Liitetaulukko 5. Laaja-alaisen sosiaali- ja terveysaseman läntisellä alueella potilaiden ohjautuminen koettiin hyväksi, samoin sairaalapalveluiden alueella. Sosiaali- ja terveysaseman pohjoisella alueella potilaiden ohjautumisen koettiin olevan melko huonoa.



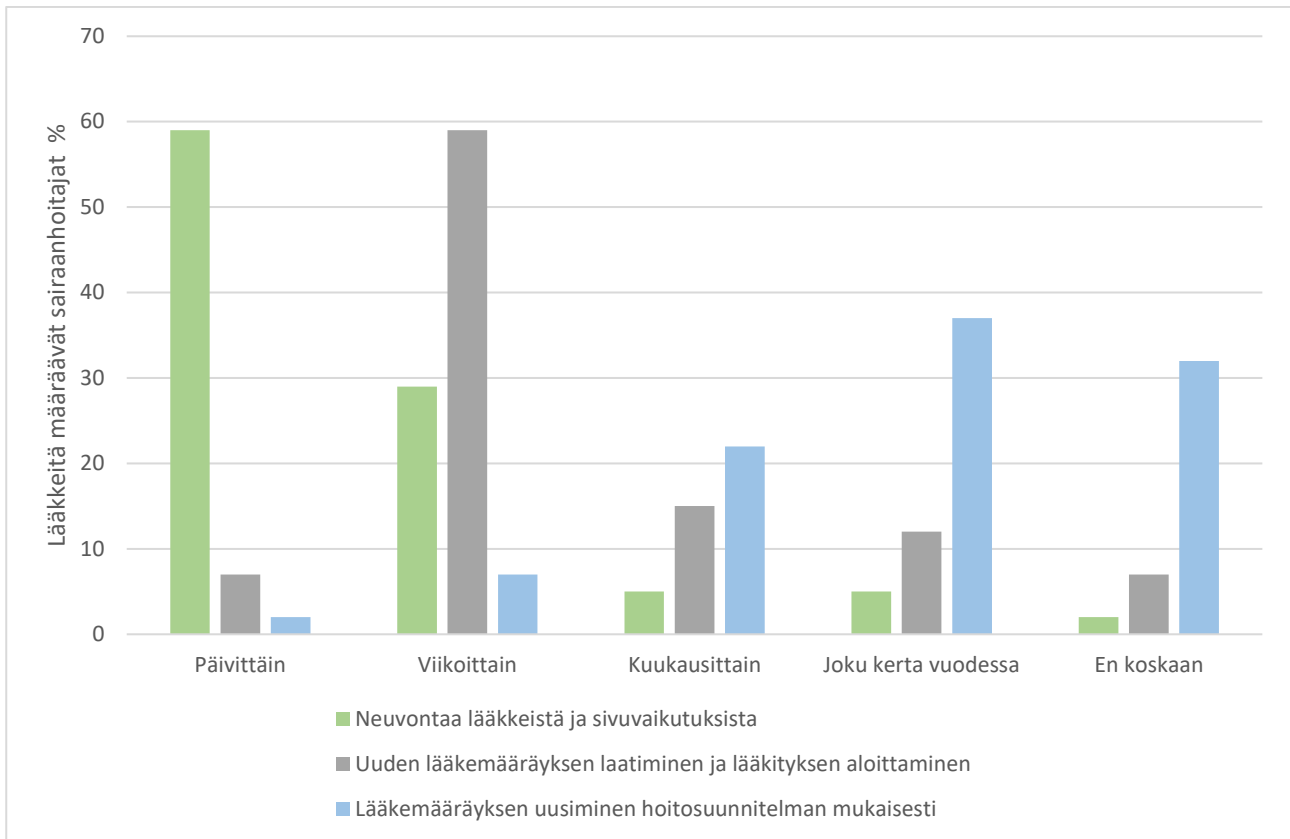
Kuvio 7. Potilaiden ohjautuminen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotolle prosentteina (n=41)

Lääkkeitä määräviltä sairaanhoitajilta kysyttiin, kuinka monelle potilaalle he uusivat reseptin sekä kuinka monelle potilaalle he aloittavat uuden lääkehoidon viikon aikana. Lisäksi kysyttiin, kuinka montaa itsehoitolääkettä he viikon aikana suosittelevat potilailleen. Suurin osa vastaajista (73 %, n=25) uudisti reseptin alle viidelle potilaalle viikoittain. Kaksi vastaajaa (6 %) teki uusimisia 6–10 potilaalle ja viidesosa vastaajista (21 %, n=7) ilmoitti uusivansa reseptin harvemmin kuin viikoittain. Hiukan yli puolet vastaajista (59 %, n=20) aloittivat uuden lääkehoidon viikoittain alle viidelle potilaalle. 6–10 potilaalle uuden lääkehoidon aloitti vastaajista hiukan yli kolmannes (35 %, n=12). Yksi vastaaja (3 %) ilmoitti tekevänsä viikkotasolla 11–20 reseptiä. Harvemmin kuin viikoittain reseptejä kirjoitti yksi vastaaja (3 %). Suosituksen itsehoitolääkkeestä alle viidelle potilaalle viikossa teki noin neljännes (26 %, n=9) vastaajista. 6–10 suositusta itsehoitolääkkeestä antoi hiukan yli kolmannes (35 %, n=12) vastaajista, 11–20 potilaalle itsehoitolääkkeitä viikoittain suositteleva viidennes (21 %, n=7) vastaajista. Kolme vastaajaa (9 %) kertoi suosittelevansa 21–30 itsehoitolääkettä viikoittain ja 31–40 itsehoitolääkettä suositteleva yksi vastaajista (3 %). Harvemmin kuin viikoittain suositteleva 2 (6 %) vastaajaa. Katso Kuvio 8 ja Liitetaulukko 6. Alueellisesti Keski-Suomen hyvinvointialueella ei vastauksissa ollut eroja. Uusia reseptejä lääkehoidon aloittamiseksi kirjoitettiin eri vastaanottoyksiköissä yhtä paljon. Myös lääkereseptien uusimisia tehtiin alueittain samansuuruiset määrät. Itsehoitolääkkeitä suositeltiin sosiaali- ja terveysaseman toimipisteissä hiukan enemmän kuin sairaalapalveluiden alueella.



Kuvio 8. Lääkehoitoon liittyvien määrysten lukumäärä viikoittain (n=34)

**Neuvontaa lääkkeitä ja sivuvaikutuksista** kertoi antavansa päivittäin vastaajista (n=41) yli puolet (59 %, n=24). Viikoittain neuvontaa antoi hiukan alle kolmasosa (29 %, n=12) vastaajista. Kuukausittain tai jonkun kerran vuodessa neuvontaa antoi muutama (10 %, n=4) vastaajista, yksi vastaajista (2 %) ei lainkaan. **Uuden lääkemääräyksen laatimisia ja lääkityksen aloituksia** teki päivittäin muutama (7 %, n=3) vastaajista, viikoittain lääkemääräysten laatimisia tai uusimisia teki hiukan yli puolet (59 %, n=24) vastaajista. Kuukausittain vastaajista muutama (15 %, n=6) teki uuden lääkemääräyksen ja jonkun kerran vuodessa myös muutama (12 %, n=5) vastaajista. Kolme vastaajista (7 %) ei tehnyt uusia lääkemääräyksiä tai lääkityksen aloituksia lainkaan. **Lääkityksen uusimista hoitosuunnitelman mukaisesti** teki viikoittain vähän (7 %, n=3), kuukausittain uusimisia teki viidesosa (22 %, n=9) vastaajista ja jonkun kerran vuodessa noin kolmasosa (37 %, n=15) vastaajista. Vastaajista hiukan alle kolmannes (32 %, n=13) kertoi, ettei tee lainkaan lääkemääräysten uusimisia hoitosuunnitelman mukaisesti. Yksi vastaajista (2 %) vastasi tekevänsä päivittäin. Katso Kuvio 9 ja Liitetaulukko 7. Laaja-alaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen kaikissa toimipisteissä tehtiin neuvontaa lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksista päivittäin tai viikoittain. Sairaalapalveluiden alueella neuvontaa tehtiin vähemmän. Uusia lääkemääräyksiä laadittiin viikkotasolla kaikissa hyvinvointialueen toimipisteissä. Lääkityksen uusimisia hoitosuunnitelman mukaisesti tehtiin vähän. Sairaalapalveluiden alueella uusimisia tehtiin vähiten, laaja-alaisen sosiaali- ja terveyspalveluiden toimipisteissä hiukan enemmän, mutta hyvin vähäisissä määrin.



Kuvio 9. Lääkkeenmääräämiseen liittyviä tehtäviä (n=41)

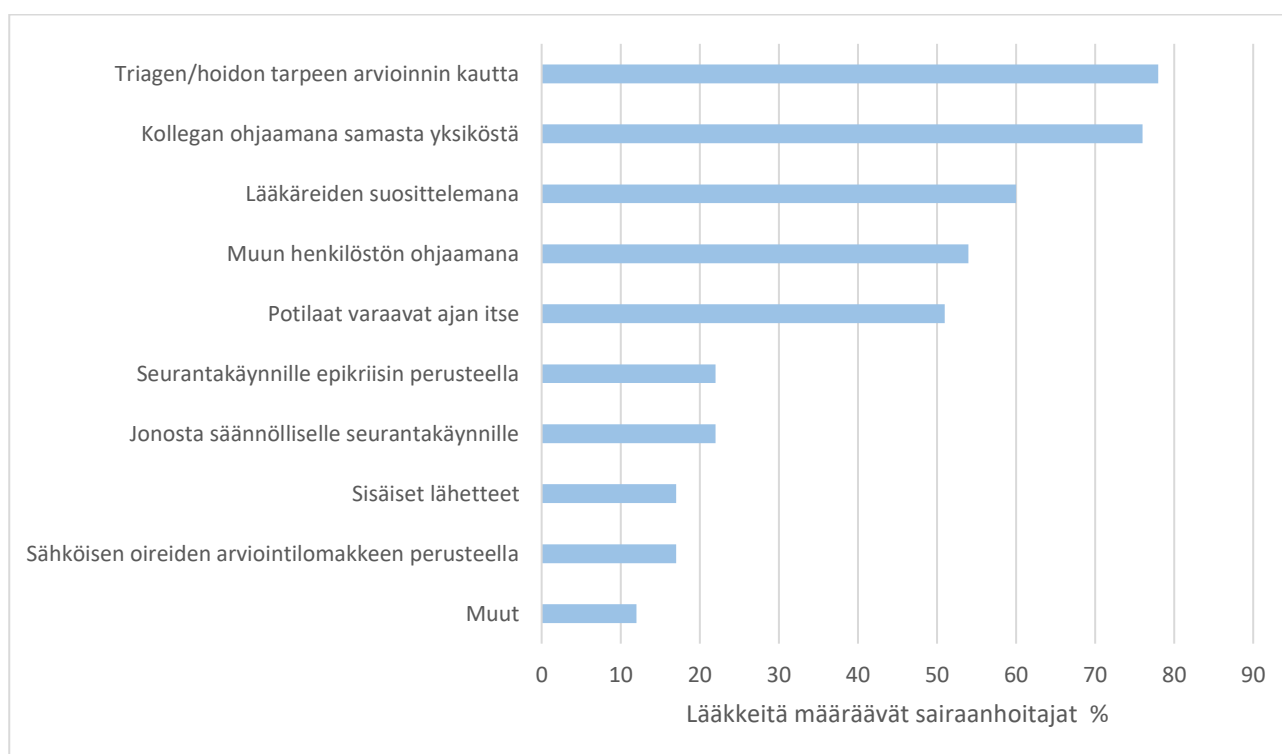
### 8.3 Potilaiden ohjautuminen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille

Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkkeitä määrävistä sairaanhoitajista (n=41), suurin osa (73 %, n=32) oli sitä mieltä, että omassa organisaatiossa on määritelty, millaisia potilaita tulisi ohjata rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen käyneiden sairaanhoitajien vastaanotoille. Keski-Suomen hyvinvointialueella, sairaalapalveluiden toimipisteessä organisaatiotason ohjeistus oli kaikkien vastaajien vastausten perusteella tiedossa. Laaja-alaisen sosiaali- ja terveysaseman pohjoisella ja keskisellä alueella organisaatiotason ohjeistus potilaiden ohjautumisesta lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille, ei ollut kaikkien vastaajien tiedossa.

Potilaiden ohjautumista lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille selvitetessä, vastaajista (n=41) suurin osa (78 %, n=32) kertoi, että potilaita tulee päivystyksen triage hoitajan/hoidontarpeen arvioinnin kautta vastaanotolle. Oman yksikön kollegan ohjaamana potilaita tuli myös suurelle osalle (76 %, n=31) vastaajista. Hiukan yli puolet (60 %, n=26) vastaajista raportoi, että potilaita tulee heidän vastaanotoilleen lääkärin ohjaamana. Noin yli puolet vastaajista (54 %, n=22)



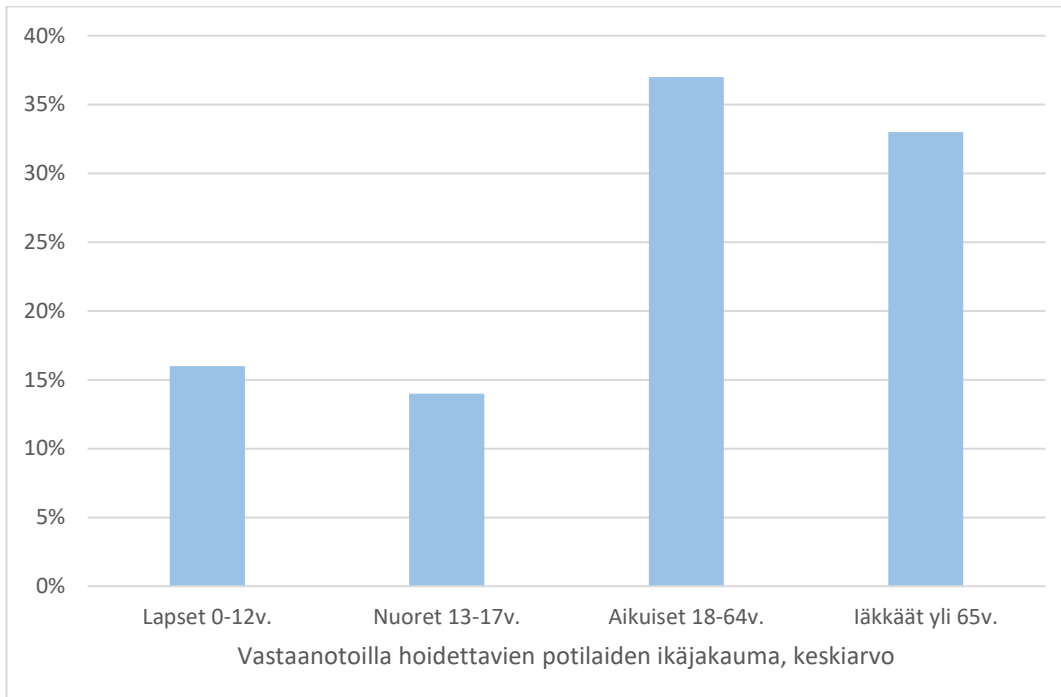
ilmoitti potilaita tulevan muun henkilökunnan ohjaamana oman organisaation sisällä. Noin puolet ilmoittivat (51 %, n=21), että potilaat voivat itse varata ajan heidän vastaanotolleen. Eri yksiköistä toiselta tasolta (perusterveydenhuolto) seurantakäynnille epikriisin perusteella koettiin tulevan vähän potilaita (22 %, n=9). Muutama vastaajista (22 %, n=9) kertoi laittavansa itse potilaita jonosta seurantakäynneille omalle vastaanotolleen. Sisäisillä läheteillä vastaanotoille koettiin tulevan harvoin potilaita (17 %, n=7). Sähköisen oireiden arviointilomakkeen perusteella koettiin tulevan muutamia potilaita (12 %, n=5). Muita ohjautumistapoja oli poliisin tai ensihoidon kuljettamat potilaat sekä asiakkaat, jotka saavat uuden ajan mukaansa edellisellä käynnillä sairaanhoitajan vastaanotolla. Katso Kuvio 10 ja liitetaulukko 8.



Kuvio 10. Potilaiden ohjautumisreitit lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille (n=41)

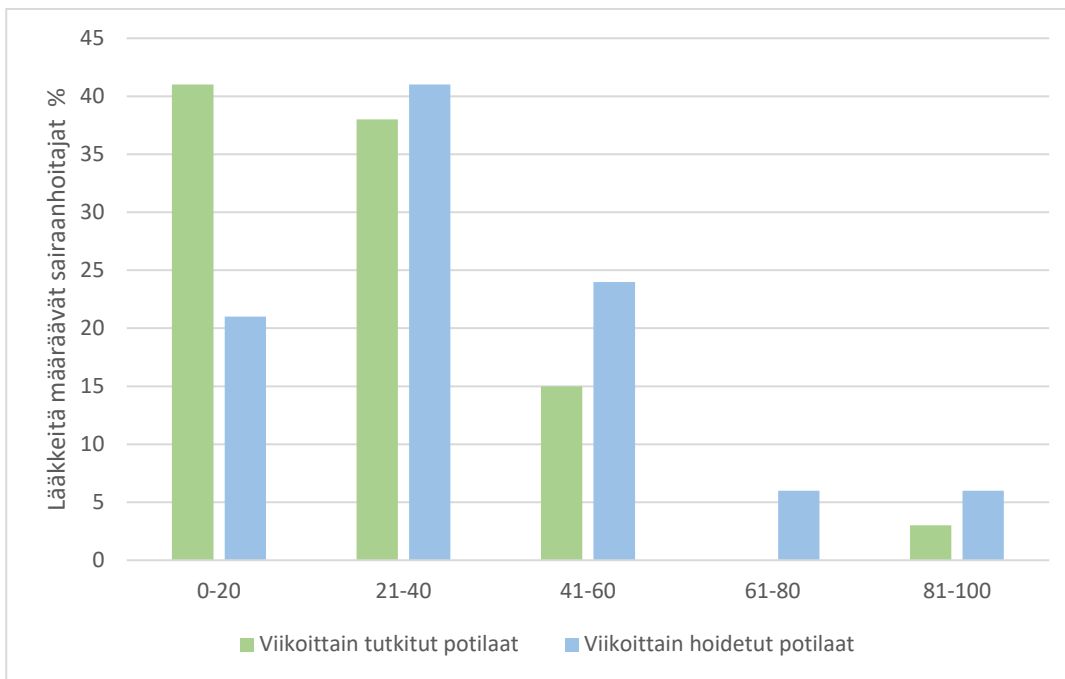
Vastaanotolle ohjautuvien potilaitten ikäjakaumia selvitettiin neljällä ikäkategoriolla, 0–12-vuotiaat lapset, 13–17-vuotiaat nuoret, 18–64-vuotiaat aikuiset sekä yli 65-vuotiaat iäkkäät. Vastaajista (n=41) lapsipotilaita ilmoitti hoitavansa suurin osa vastaajista. Kuusi vastaajista ilmoitti, ettei hoida lainkaan tämän ikäryhmän potilaita. Nuoria potilaita sairaanhoitajan vastaanotolla ilmoitettiin käyvän vähemmän. Vastaajista viisi ilmoitti, ettei hoida nuoria lainkaan. Aikuisten ja iäkkäitten ikäryhmät ovat paljon suurempia ja näistä ryhmistä on myös kävijöitä sairaanhoitajan vastaanotoilla enemmän. Aikuisten (18–64-vuotiaat) ikäryhmän potilaita ilmoitti hoitavansa kaikki vastaajat.

Käyntien määrä vaihteli 10–80 % välillä. Iäkkäitä potilaita koettiin olevan sairaanhoitajan vastaanottopotilaista melko samansuuruiset määrät kuin aikuisväestöäkin. Kaksi vastaajista ilmoitti työskentelevänsä iäkkäitten potilaiden kanssa 70 % työajastaan. Yksi vastaajista ei hoida iäkkäitä potilaita lainkaan. Katso Kuvio 11 ja Liitetaulukko 9.



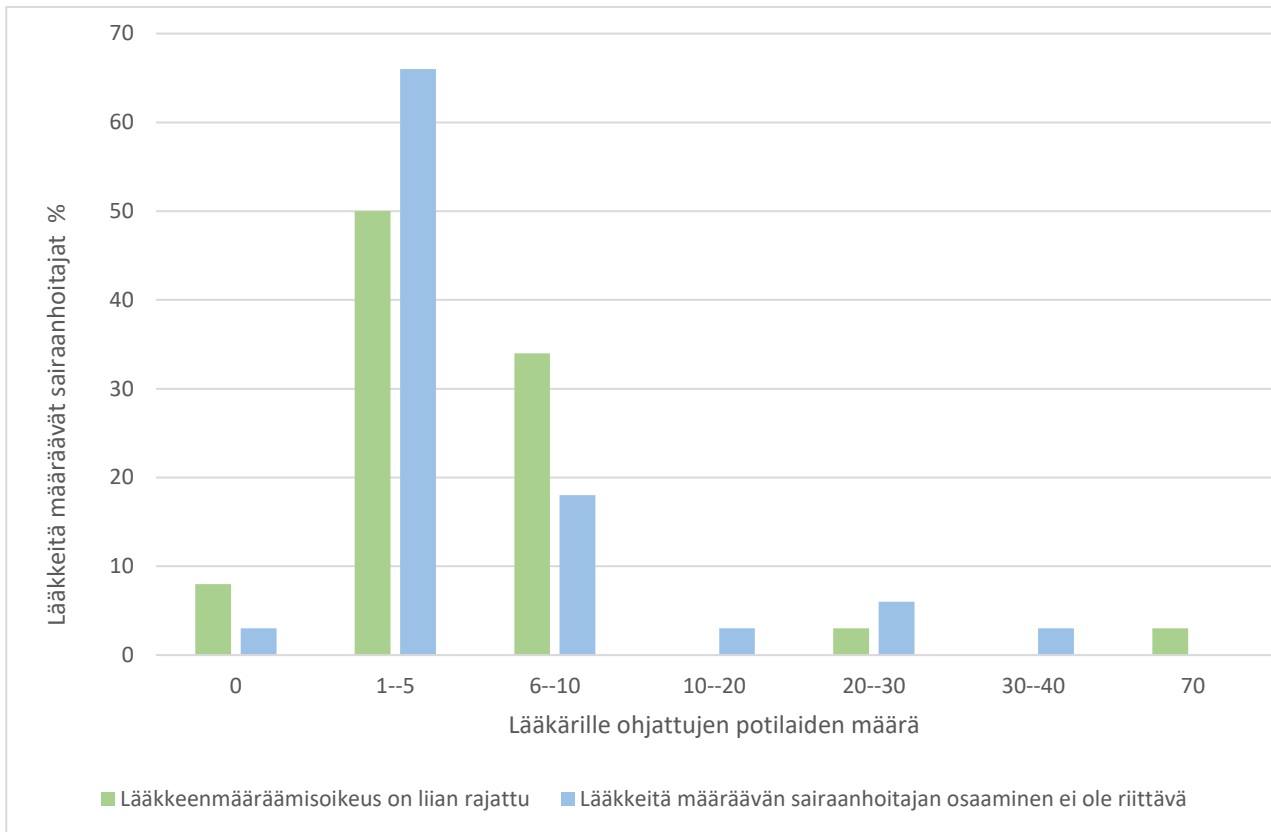
Kuvio 11. Keskiarvo lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille ohjautuvien potilaiden ikäjakaumasta (n=41)

Lääkkeitä määrävät sairaanhoitajat tutkivat viikon aikana keskimäärin 31 potilasta (keskiarvo=31,4, n=34) ja hoitivat keskimäärin 41 potilasta (keskiarvo=41, n=34). Viikoittain hiukan yli kolmannes (41 %, n=14) vastaajista kertoi tutkivansa 0–20 potilasta. Viidennes vastaajista (21 %, n=7) hoiti 0–20 potilasta viikon aikana. Hiukan yli kolmannes vastaajista (38 %, n=13) tutkii 21–40 potilasta viikoittain. Vastaajista melkein puolet (41 %, n=14) hoiti 21–40 potilasta viikkotasolla. Viikoittain 41–60 potilasta tutkittiin muutaman (15 %, n=5) vastaajan mukaan. Potilaita hoidettiin viikoittain 41–60 lähes neljäsosan vastaajista (24 %, n=8) mukaan. Kukaan vastaajista ei tutkinut 61–80 potilasta viikon aikana, mutta hoiti kaksi (6 %) vastaajaa. Kaksi vastaajista (6 %) kertoi tutkivansa ja hoitavansa viikoittain 81–100 potilasta. Katso Kuvio 12 ja Liitetaulukko 10. Potilaita tutkittiin ja hoidettiin viikkotasolla eniten laaja-alaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen itäisellä ja pohjoisella alueella.



Kuvio 12. Tutkittavien ja hoidettavien potilaiden määrä lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoilla viikoittain (n=34)

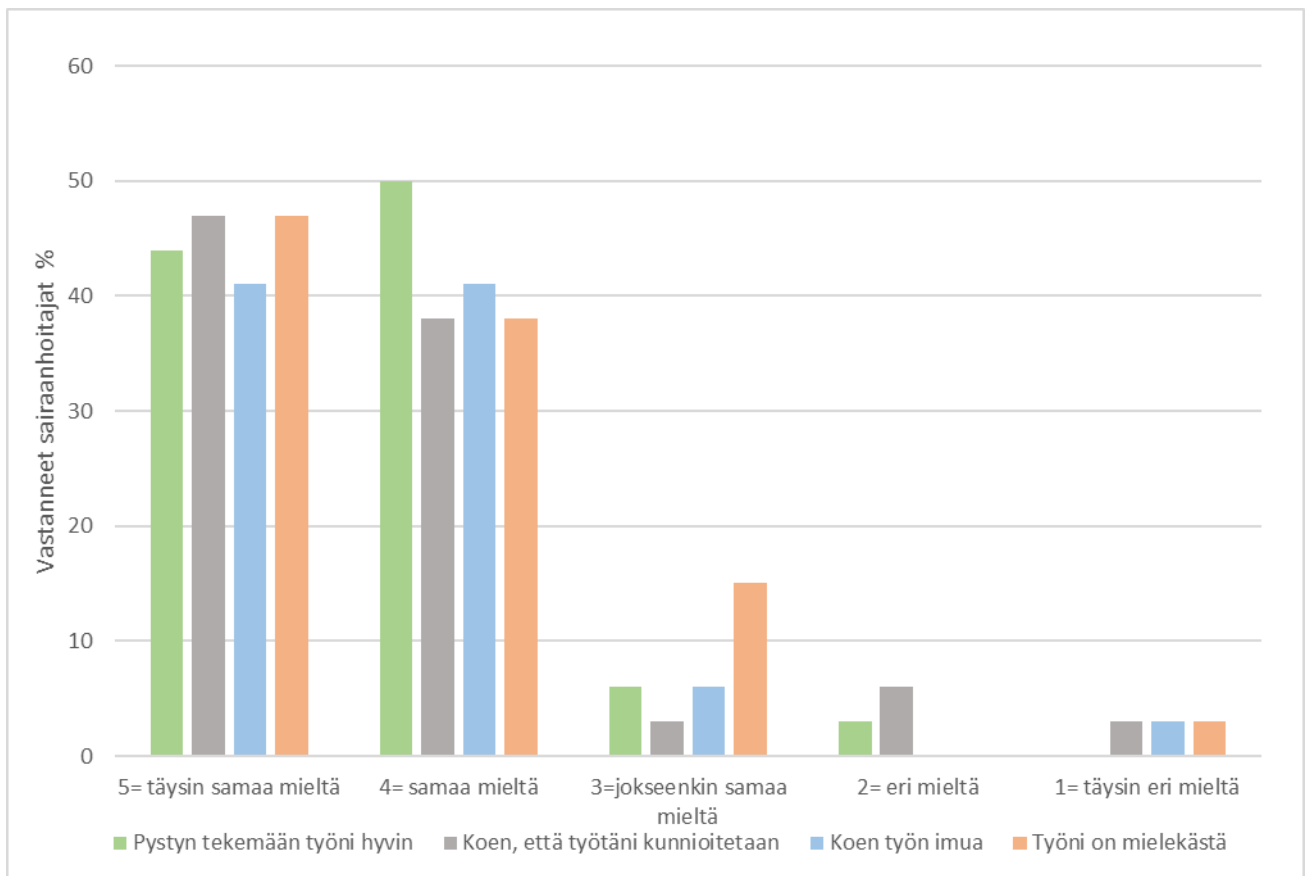
Vastaajista (n=38) puolet (50 %, n=19) ilmoitti ohjaavansa viikoittain 1–5 potilasta lääkärin vastaanotolle, koska rajattu lääkkeenmääräminen ei mahdollista lääkehoidon aloitusta potilaalle. Noin kolmasosa (34 %, n=13) vastaajista ohjasi eteenpäin 6–10 potilasta viikoittain. Kaksi vastaajaa (5 %) ilmoitti ohjaavansa 20 potilasta ja yksi vastaajista (3 %) ilmoitti ohjaavansa 70 potilasta viikoittain lääkärille koska rajattu lääkkeenmääräminen ei mahdollista lääkehoidon aloitusta. Kolme vastaajaa (8 %) ilmoitti, ettei ohjaa potilaita lainkaan lääkärin vastaanotolle lääkkeenmäärämisoi-keuden rajallisuuden vuoksi. Osaamisen riittämättömyyden vuoksi lääkärin tutkittavaksi 1–5 potilasta viikkotasolla ohjasi vastaajista suuri osa (66 %, n=25). Hiukan vajaa viidennes (18 %, n=7) vastaajista ohjasi 6–10 potilasta eteenpäin viikoittain. Yksi vastaaja (3 %) kertoi ohjaavansa 15 potilasta viikkotasolla lääkärille, kaksi (6 %) vastaajaa 25 potilasta. Vastaajista yksi (3 %) kertoi ohjaavansa 30 potilasta, ja yksi vastaajista (3 %) 40 potilasta lääkärin vastaanotolle oman osaamisen riittämättömyyden vuoksi. Yksi vastaaja (3 %) ei ohjannut potilaita lainkaan lääkärin vastaanotolle. Katso Kuvio 13 ja Liitetaulukko 11. Keski-Suomen hyvinvointialueen sisällä ei potilaiden ohjautumisessa ollut suuria eroja vaan tilanne on hyvin samankaltainen kaikissa toiminnallisissa yksiköissä.



Kuvio 13. Sairaanhoitajien viikoittain lääkärin vastaanotolle ohjaamat potilaat (n=38)

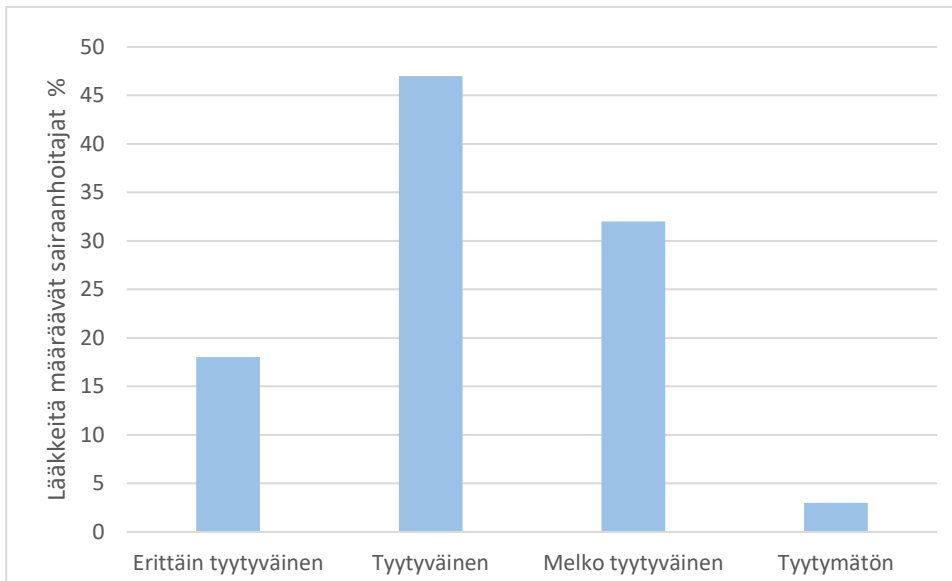
#### 8.4 Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työtyytyväisyys Keski-Suomen hyvinvointialueella

Keski-Suomen hyvinvointialueella työskentelevät lääkkeitä määrävät sairaanhoitajat (n=34) kokevat työnsä palkitsevuuden omassa yksikössä erittäin hyväksi. Lähes kaikki vastaajat (91 %, n=31) olivat täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että pystyvät tekemään työnsä hyvin. Vastaajien kokemukseen siitä, että heidän työtään kunnioitetaan koska se on merkityksellistä ja vastuullista, suurin osa (82 %, n=28) oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä. Vastaajista suurin osa (79 %, n=27) oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että he kokevat työn imua (tarmokkuutta, omistautumista ja työhön uppoutumista). Työn mielekkääksi kokemisen väittämän kanssa suurin osa vastaajista (82 %, n=28) oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä. Katso Kuvio 14 ja Liitetäulukko 12.



Kuvio 14. Työn palkitsevuus omassa työyksikössä (n=34)

Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista (n=34), suurin osa (47 %, n=16) oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä (18 %, n=6) nykyiseen työnkuvaansa liittyen lääkkeen määräämiseen. Melko tyytyväisiä oli 11 (32 %) vastaajista. Yksi vastaajista ilmoitti olevansa tyytymättömän työnkuvaansa lääkkeitä määräävänä sairaanhoitajana. Katso Kuvio 15 ja Liitetaulukko 13. Tyytyväisyyttä lisäävinä tekijöinä vastauksista nousi esiin neljä teemaa: esihenkilön positiivinen suhtautuminen lääkkeitä määrääviin sairaanhoitajiin, itsenäinen työ ja vaikuttamismahdollisuus omaan työnkuvaan, lääkäreiden tuki ja hyvä työyhteisö sekä säännölliset koulutukset. Työtyytyväisyyden kokemus oli melko samankaltainen kaikissa tutkituissa Keski-Suomen hyvinvointialueen toimipisteissä. Ainoastaan sosiaali- ja terveysaseman pohjoiselta toiminnalliselta alueelta löytyi tyytymättömyyttä liittyen työtehtäviin lääkkeenmääräämisen osalta.



Kuvio 15. Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien tyytyväisyys (n=34)

*Olen erittäin tyytyväinen tietoon ja taitoon jonka olen saanut Lämä hoitaja opintojen kautta. Voin työssäni arvioida potilaan tilannetta kokonaisuutena nykyisellä tietotaidolla mielestäni hyvin. Lisäksi voin ohjata lääkkeiden käytössä, annos säädössä, yhteisvaikutuksissa jne. Varsinaisesti työssäni reseptien kirjoittaminen tai uudistaminen jää vähäiseksi, mutta pystyn itsenäisesti tekemään päätöksiä ja hoitamaan potilaiden asioita niin että on voitu vähentää suoranaisia lääkäri kontakteja ja sitä kautta ohjata heidän työpanosta muuhun työhön. Voin tehdä työtäni laaja-alaisesti. (Vastaaja 27)*

Tyytymättömyyteen vastauksista nousi esiin kaksi pääteemaa: työntekijöiden vähäinen määrä sekä hyvinvointialueelle siirtymisen aiheuttamat muutokset työnkuviin. Lisäksi tyytymättömyyttä työpaikoilla aiheutti esimerkiksi osaamisen hyödyntämisen puute. Potilaat eivät kaikkialla ohjautu lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan vastaanotolle tai työpaikalla ei osaamista hyödynnetä jonkin muun organisatorisen syyn vuoksi. Reseptien uusimisessa oli joillain vastaajilla haasteita puuttuvien tai puutteellisten hoitosuunnitelmien vuoksi.

Koulutukseen pääseminen ja oman työn vapaampi kehittyminen nähtiin tyytyväisyyttä lisäävänä tekijänä. Yhteisöllisyys lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien välillä sekä yhdessä kehittäminen mainittiin työhyvinvointia parantavina tekijöinä.

*Yhteiset LMEP hoitajien kokoukset ja koulutukset niin kuin lääkäreilläkin on viikottain. Lääke esittelyihin pitäisi päästä mukaan.*

Oman työn arvostusta yksikön sisällä kaivattiin enemmän, samoin eri ammattilaisten välisten rajapintojen lieventymistä. Myös oikeuksia kehittää omaa työtä ja työnkuvaa nähtiin työtyytyväisyyttä lisäävinä tekijöinä. Selkeytetty ja tarkka toimenkuva sekä mahdollisuus oman ajanvarausjärjestelmän käyttöön koettiin työtyytyväisyyteen vaikuttaviksi tekijöiksi. Hyvinvointialueelle siirtymisen mukanaan tuomat haasteet toivottiin poistuvan ja toiminnan selkeytyvän. *(Vastaaaja 40)*

Kielteisesti työn toteutumiseen vaikuttavia seikkoja ei kaikkien vastaajien mielestä ollut. Osa koki kuitenkin, että hyvinvointialueelle siirtymisen myötä lääkettä määräävien sairaanhoitajien työn toteutuminen työpaikoilla on muuttunut haasteellisemmaksi. Osa vastaajista koki, että siirtymisen myötä työnkuvaan on tullut muutoksia ja sellaisia tehtäviä, jotka eivät kuulu sairaanhoitajan työnkuvaan (mm. välinehuollon tilauksia tai laitoshuoltajan töitä). Kiire, ruuhka ja henkilöstöpula sekä pandemia-ajan aiheuttama hoitovelka ovat vastaajien mielestä olleet vaikeuttamassa oman työn toteutumista. Joidenkin vastaajien mukaan oman yksikön sisällä koettiin olevan ristiriitaa lääkettä määräävien sairaanhoitajien toimenkuvassa ja tavassa toteuttaa omaa työtä. Vastauksista tuli jopa ilmi sairaanhoitajien pelko toteuttaa omaa työtään ja suppeakatseisuus omaa työtä kohtaan. Myös koulutuksiin pääsyn vaikeus ja oman työn kehittämisen hankaluus nousi vastuksista esille

## **8.5 Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työn kehittäminen**

Kehittämistarpeiden teemoissa selkeästi suurimmaksi nousi potilaiden lääkityksiin ja lääkemääräyksiin liittyvät asiat. Tiettyjä antibioottihoitoja toivottaisiin lisäävän lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien lääkevalikoimaan, lisäksi mm. nielutulehduksen lääkehoidon ikärajaa toivottiin lasketta- van 12- vuoteen. Pitkäaikaissairauksien lääkehoitoa toivottiin mahdollistettavan puhelinkontaktin perusteella tapahtuvaksi. Diabeteslääkkeiden reseptien uusinta toivottaisiin myös mahdollistetta- van lääkkeitä määrääville sairaanhoitajille.

Toinen vastauksissa toistuva teema kehittämisen osa-alueella oli täydennyskoulutukset ja niihin pääsy säännöllisesti. Vastaajat kokivat, että käypähoito suositusten käyttämisestä haluttaisiin lisää tietoa. Esimerkiksi diabetespotilaiden hoitotyöstä sekä astman hoitosuosituksista kaivattaisiin lisää

tietoa. Kertausta toivottiin myös muiden pitkäaikaissairauksien hoidosta. Potilaiden kliinisen tutkimisen kertaamisesta oli toiveita saada lisää koulutusta. Lääkäreiden luentoja ja ajankohtaisen tiedon saantia toivottiin enemmän. Vastaajien mielestä koulutuksia, jotka on kohdennettu juuri lääkkeitä määrääville sairaanhoitajille, tulisi olla enemmän. Vastauksista nousi esille kehittämistyön loppaaminen alkuinnostuksen jälkeen.

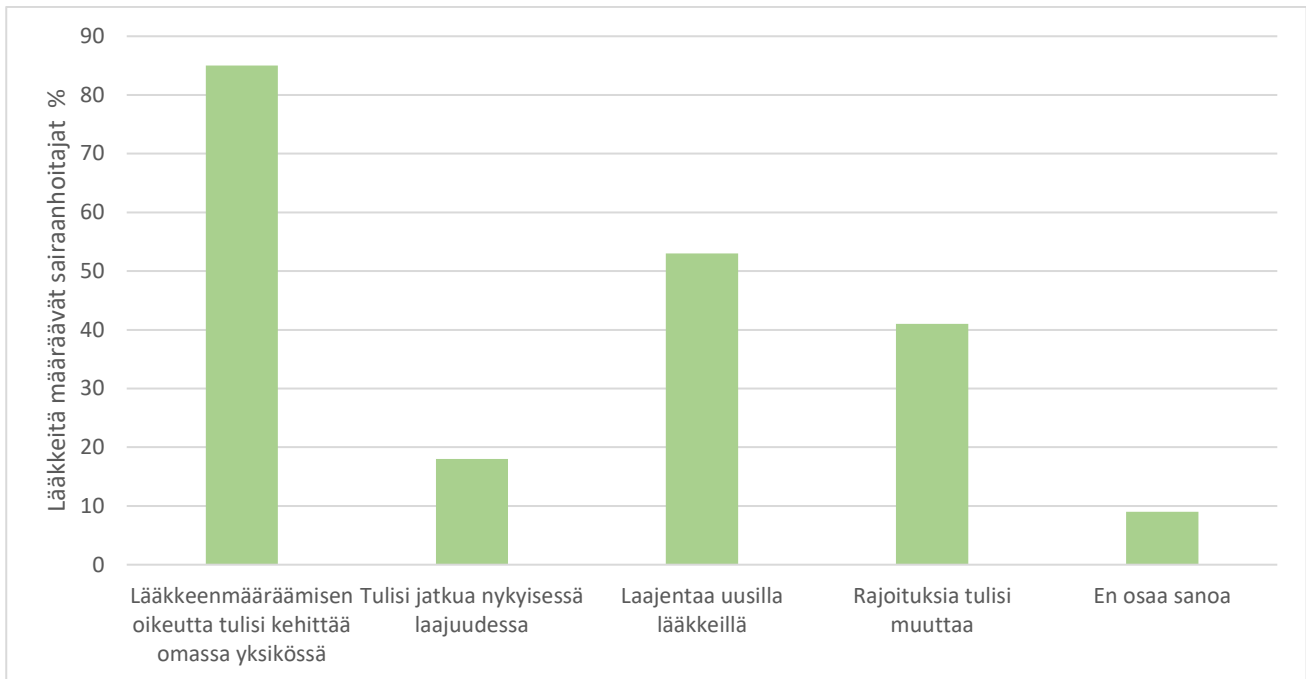
*...LMEP hoitajille pitäisi olla erillisiä tapaamisia joissa voitaisiin hyödyntää ja jakaa tieto taito osaamista...(Vastaaja 17)*

*...Toivoisi myös LMEP hoitajien yhteisiä kokoontumisia...(Vastaaja 40)*

*...LMEP hoitajat saavat parhaiten koulutuksista irti, kun niissä on huomioitu lmepekoulutus. (Vastaaja 30)*

Suurin osa vastanneista lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista (85 %, n=29) koki, että lääkkeen määräämisen oikeutta tulisi kehittää omassa työyksikössä. Hiukan alle viidenneksen vastaajista mukaan (18 %, n=6) omassa yksikössä ei ole kehittämistarpeita lääkkeenmääräämisoikeudessa ja työn tulisi jatkua nykyisessä laajuudessaan. Rajatun lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvan lääkevalikoiman laajentamista toivoivat hiukan yli puolet vastaajista (53 %, n=18). Vain hiukan yli kolmannes vastaajista (41 %, n=14) koki tarpeen tehdä muutoksia rajoituksiin, joita lääkkeitä määrävillä sairaanhoitajilla on nykyään. Suurimmat muutettavat alueet koskivat vastaajien mielestä nielutulehdukseen liittyviä lääkemääräyksiä. Nykyinen ikäraja 16-vuotta koettiin turhaksi ja se haluttaisiin muuttaa 12-vuoteen. Myös puhelinkontaktin perusteella tapahtuvia määräyksiä toivottiin otettavan laajemmin käyttöön, mm. pitkäaikaissairauksien lääkehoidon jatkaminen hoitosuunnitelman mukaisesti sekä ehkäisyvalmisteiden määrääminen puhelinkontaktissa haluttaisiin lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työnkuvaan. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta tulisi supistaa tai että se pitäisi lopettaa. Lisättäviksi lääkkeiksi vastaajat ehdottivat mm antibiootteja punkin pureman hoitoon ja kynsivallin tulehdukseen sekä muihin ihotulehduksiin. Korvatulehdukseen hoitoon käytettävät korvatipat sekä suun kautta määrättävät antibiootit tulisi vastaajien mielestä saada lääkkeitä määrävien hoitajien valikoimaan. Poskiontelotulehdukseen määrättävät kortisoninenäsuihkeet ja antibiootit toivottaisiin määrättävien lääkkeiden valikoimaan. Virtsatieinfektioiden hoitoon käytettävien mikrobilääkkeiden ikäraja toivottiin poistettavan. Diabeteksen hoitoon käytettävien tablettilääkkeiden sekä insuliinien reseptejä vastaajat toivoisivat voivansa uusua. Katso Kuvio 16 ja Liitetaulukko 14.



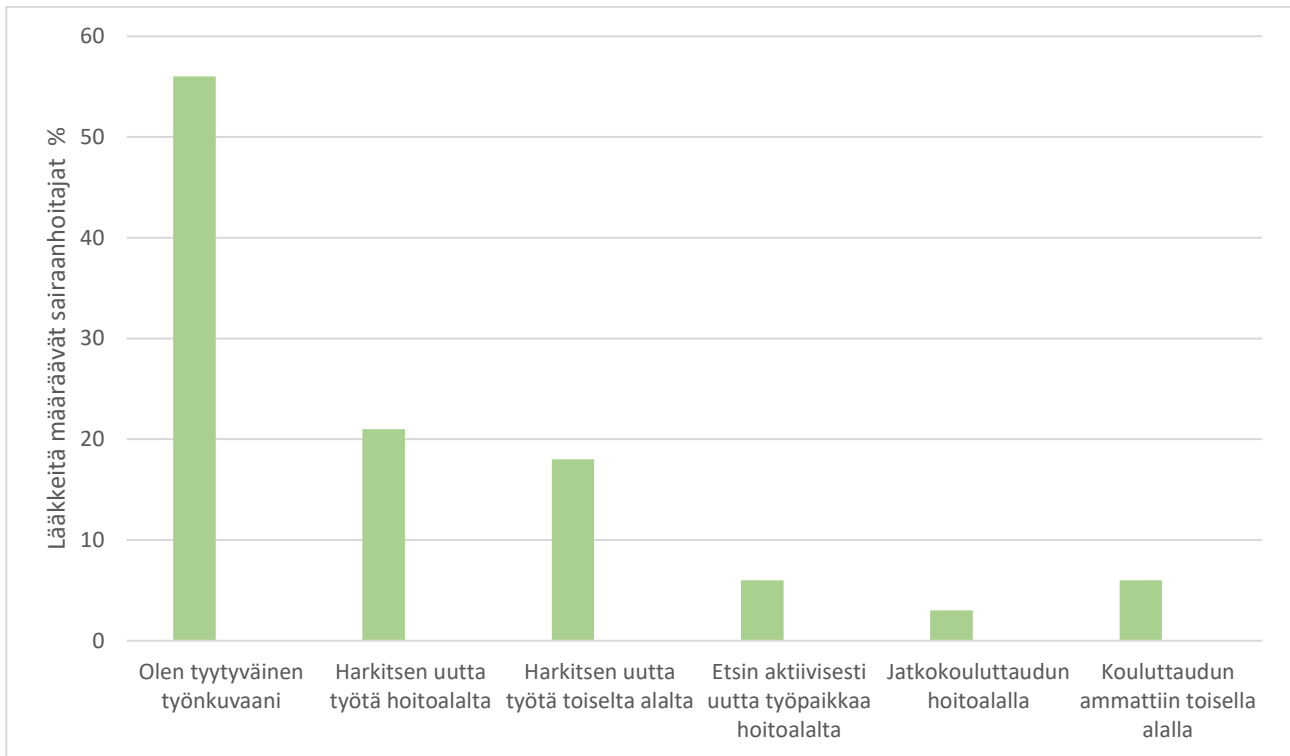


Kuvio 16. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen omalla työpaikalla (n=34)

Työuran tulevaisuuteen liittyvistä suunnitelmista vastaajilta (n=34) kysyttiin esimerkiksi, ovatko he tyytyväisiä nykyiseen työhönsä vai onko suunnitelmissa uuden työn etsintä tai mahdollisesti jatkokouluttautuminen. Hieman yli puolet vastaajista (56 %, n=19) oli tyytyväisiä työrooliinsa, eivätkä suunnitelleet uuden työpaikan etsimistä lähiaikoina. Hiukan yli kolmannes vastaajista (44 %, n=15) kertoi suunnittelevansa jonkinlaista uraan liittyvää muutosta lähitulevaisuudessa. Osa harkitsi kouluttautumista ja osalla oli kouluttautuminen jo käynnissä. Seitsemän vastaajaa (21 %) harkitsi uuden työpaikan hakemista hoitoalalta ja kuusi vastaajaa toiselta toimialalta. Aktiivisesti uutta työtä hoitoalalta kertoi hakevansa vain kaksi vastaajaa (6 %). Katso Kuvio 17 ja Liitetaulukko 15.

*Jos löydän lisäkoulutusta vastaavaa työtä, saatan siirtyä niihin tehtäviin. (Vastaaja 16)*

*Siirryn muihin tehtäviin syksyllä, jossa koen, että voin vielä paremmin hyödyntää LMEP-osaamistani. (Vastaaja 30)*



Kuvio 17. Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien tyytyväisyys ja tulevaisuuden suunnitelmat työuraan liittyen (n=34)

Palkan tarkastamista ja nykyaikaistamista toivottiin. Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien palkkauksen tulisi kohdistua vain lääkkeenmääräämisen tehtäviin. Nyt vastauksista ilmeni, että samalla palkalla oletetaan tehtävän muitakin yksikön vastuutehtäviä. Vastuu koetaan suureksi palkkaukseen nähden.

*Työnantaja on sisällyttänyt koulutuksen palkkioon kaiken mahdollisen. Esim vuorovastaavana, kipsarina, triagehoitajana toimimisen. Jotenka palkkakehitys on jäänyt paikalleen. (Vastaaja 3)*

Vastauksista nousi esiin halu tehdä enemmän akuuttivastaanottoa sekä toive suuremmasta vastuusta lääkehoidon toteutuksessa. Lisäkoulutusten tuomaa tietotaitoa toivottiin arvostettavan enemmän. Osaamisen hyödyntämistä toivottiin ja sen mukanaan tuomaa työmotivaatiota, työssä jaksamista ja työn imua. Vastauksista nousi esiin myös tyytyväisyys omaan työnkuvaan ja työrooliin.

*Nykyinen työroolini on selkeä omassa työyksikössä. (Vastaaja 33)*

*...Olen itse tyytyväinen työyhteisöön ja työnkuvaan, mutta tyytymätön palkkaukseen vs vastuu ja sairaanhoitajien yleiseen arvostukseen... (Vastaaja 37)*

*...tällä hetkellä saan tehdä mukavaa työtä. (Vastaaja 41)*

## 9 Pohdinta

### 9.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien osaamista hyödynnettiin Keski-Suomen hyvinvointialueella ja millaisia sairaanhoitajat itse kokivat oman työnkuvansa. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka tyytyväisiä sairaanhoitajat olivat työhönsä ja millaisia tulevaisuuden kehittämistarpeita he kokivat työssä olevan. Tutkimukseen vastasi 78 % Keski-Suomen hyvinvointialueella työskentelevistä lääkkeitä määrävistä sairaanhoitajista, joten tutkimusjoukko oli kattava. Tutkimuksessa saatiin vastaukset kaikkiin esitettyihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen päätuloksena voidaan todeta, että lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen käytetty työaika on varsin vähäistä, eikä heidän erikoisosaamistansa osata vielä hyödyntää. Viikoittain hoidettujen potilaiden määrä oli varsin alhainen, samoin kirjoitettujen reseptien määrä. Lääkkeisiin liittyvää ohjausta vastaajat tekivät kyllä viikoittain. Saatujen vastausten avulla voidaan päätellä, että rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen käyneet sairaanhoitajat kokevat oman osaamisensa hyödyntämisen hyväksi työpaikoilla. Lääkkeitä määrävät sairaanhoitajat kokevat, että vastaanotolle ohjautuvat potilaat, jotka hyötyvät sairaanhoitajan rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta. Laapio-Rapin (2020) tutkimuksessa vastaajat kokivat, että vastaanotoille ohjautui myös paljon sinne kuulumattomia potilaita. Potilaita ohjautui lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille eniten triagen/hoidontarpeen arvioinnin kautta tai kollegan ohjaamana samasta yksiköstä. Myös lääkäreiden ohjaamana potilaita tuli suurelle osalle vastaajista. Grindberg & Sela (2022) ovat tutkimuksessaan todenneet, että lääkäreiden asenteet sairaanhoitajien laajennettuja tehtäväkuvia kohtaan voivat olla kielteisiä. Lääkärit kokevat, että sairaanhoitajien työnkuvan laajentaminen voi jopa vaarantaa potilasturvallisuuden. Tässä tutkimuksessa todettiin, että oman yksikön kollegat osaavat hyödyntää yksikössään olevaa erikoisosaamista ja myös

lääkärit luottavat lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien osaamiseen. Monille sairaanhoitajille tuli potilaita myös niin, että potilaat olivat itse varanneet ajan.

Sähköisen oireiden arviointilomakkeen kautta potilaita ei juurikaan sairaanhoitajien vastaanotoille tullut. Nykypäivänä, sähköisten palveluiden lisääntyessä, tämä voisi olla paremmin hoidettu. Potilaille tarjotaan Keski-Suomen hyvinvointialueella monia eri tapoja olla yhteydessä ammattilaisiin sähköisesti. OmaKS palvelu laajenee Keski-Suomen hyvinvointialueella ja on myös yksi hyvinvointialueen Kestävä kasvu- hankkeen pääteemoista. Myös lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ammattitaitoa voitaisiin näissä palveluissa varmasti jatkossa hyödyntää paremmin? Tulevassa hallitusohjelmassa on sosiaali- ja terveyspalveluiden digitalisaatio nostettu yhdeksi pääteemaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutoksilla pyritään kehittämään mm. digitaalisten ja etäpalveluiden saatavuutta. Hallituksen tavoitteena on tukea digitalisaation etenemistä sen mahdollistavan lainsäädännön kautta. Tavoitteena on nostaa sähköisen asioinnin osuutta ja tehdä digitaalisesta asioinnista ensisijaista niiden asiakkaiden kohdalla, joille se on mahdollista. Tulevaisuudessa halutaan digitaalisten sotekeskus-mallien mukaisten palveluiden saatavuutta laajentaa. (Valtioneuvoston julkaisu 2023.)

Toisena päätuloksen voidaan todeta, että kliinisen hoitotyön osuus päivittäisestä työajasta oli merkittävää. Sairaanhoitajat tekevät pääosin kliinistä potilastyötä. Viikoittain tutkittujen ja hoidettujen potilaiden määrä ei ollut tässä tutkimuksessa kovinkaan suuri, mutta vastauksista nousi selkeästi esiin kliinisen hoitotyön suuri osuus sairaanhoitajien työajasta. Vaikka Keski-Suomen alueella työskentelevät lääkkeitä määrävät sairaanhoitajat ovat tyytyväisiä työhönsä ja kokevat potilaiden ohjautumisen hyvänä, on todettava, että viikoittain tutkittujen ja hoidettujen potilaiden määrä ei ole kovin suuri. Tutkittujen ja hoidettujen potilaiden määrä viikkotasolla erosi vastauksissa vain vähän. Tämä kertoo siitä, että lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työpanos on hyvä. Vastaajat tekevät koulutuksensa mukaista työtä tutkimalla kaikki hoitamansa potilaat. Uusia lääkemääräyksiä suuri osa vastaajista kertoi kirjoittavansa viikoittain, mutta samaan aikaan uusien kirjoitettavien reseptien määrä on alle 5 reseptiä viikossa. Laapio-Rapi (2020) toteaa myös, että varsinkin pienillä terveysasemilla on lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työpanos huonosti käytetty. Toisaalta Courtenay ym. (2018) toteavat, että varsinainen lääkkeenmääräminen on vain yksi tapa toteuttaa asiantuntijasairaanhoitajan työtä, mutta ei kerro varsinaisesti lääkkeitä määrävien sairaanhoita-

jien koko toimenkuvan hyödynnettävyydestä. Kuitenkin Koskiniemi ym (2023) tutkimuksen mukaan, jossa tutkittiin lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien kirjoittamien reseptien määrää tiettyihin lääkkeisiin (tietyt antibiootit ja silmätipat), joita sairaanhoitajat voivat itsenäisesti määrätä, voitiin todeta, että lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat määräsivät vain 0.6 reseptiä viikoittain. Tämä on erittäin vähäinen määrä. Laapio-Rapi ym. (2019) mukaan, perhesuunnitteluneuvolan ja opiskelijaterveydenhuollon palveluissa on lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työpanos todettu vähentäneen lääkärin kirjoittamien reseptien määrää. Black ym. (2022) ovat myös tutkimuksessaan todenneet, että varsinkin seksuaaliterveyden parissa työskentelevät lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat kirjoittavat reseptejä useimmin.

Kliinisen hoitotyön toteutuminen päivittäisessä työssä osoittautui hyväksi. Suuri osa vastaajista kertoi tekevänsä päivittäin systemaattista anamneesia, lääkityksen läpikäyntiä ja potilaan systemaattista tutkimista, eli juuri sitä perustyötä, jota lääkettä määräävän sairaanhoitajan kuuluukin tehdä. Hiukan yli puolet vastaajista kertoi antavansa päivittäin ohjausta ja neuvontaa lääkkeistä. Verratessa saatuja vastaksia Fagerströmin (2021) malliin, voidaan todeta, että tämän tutkimuksen valossa mallin ytimen alueen kliininen hoitotyö toteutuu hyvin. Mallin muut hoitotyön ulottuvuudet jäivät melko suppeiksi, eikä niihin ole vastaajilla kulunut juurikaan työaika. Toki perusta kaikelle laajavastuiselle hoitotyölle sijaitsee juuri tuossa mallin ytimessä. Laapio-Rapin ym. (2019) tutkimuksessa todettiin, että isoilla terveysasemilla on lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työpanos näkynyt erityisesti kiireellisten asiakkaiden hoidossa. Saatujen vastausten mukaan tämä on juuri se työnkuva, jota vastaajat myös toivoivat enemmän päivittäiseen työhön.

Kolmantena tuloksena voidaan todeta, että vastanneet sairaanhoitajat kokivat, että heidän työtään arvostetaan ja heille ohjautuu ne potilaat, jotka hyötyvät heidän erikoisosaamisestaan. Tutkimuksen vastauksista nousi esiin lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työtyytyväisyys omaa työtä kohtaan, vaikka lääkkeenmääräämisen tehtävin käytetty työaika oli vähäistä. Kyselyyn vastanneet rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen käyneet sairaanhoitajat ovat pääosin tyytyväisiä työnsä kuvaansa. Työtyytyväisyyttä on lisännyt hyvä työyhteisö sekä itsenäinen työnkuva. Yhteistyö kollegoiden kanssa sekä kehittyminen työuralla ovat lisänneet työhyvinvointia. Black ym. (2022) totesivat tutkimuksessaan, että lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat sitoutuvat työhönsä, ovat motivoituneita sekä tyytyväisiä työhönsä. Myönteisesti työnkuvan toteutumiseen on vaikuttanut

esimiehen tuki sekä yleisesti arvostava ilmapiiri omalla työpaikalla. Fagerström (2021) on todennut, että hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat tärkeässä asemassa työnjaon kehittämisessä laajavastuisen hoitotyön kehittämiseen. Koulutuksiin pääseminen ja jatkuva kouluttautuminen nähtiin työtyytyväisyyttä lisäävänä tekijänä. Yhteisöllisyys ja oman työn kehittäminen koettiin myös parantavan työtyytyväisyyttä. Tuomikoski ym. (2024) ovat myös todenneet, että laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatehtävät ja urakehitysmahdollisuudet lisäävät sairaanhoitajien ammatin sekä organisaatioiden veto- ja pitovoimaa. Nuttal (2018) on puolestaan todennut, että lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan työnkuvan tunnustaminen ja ymmärtäminen sekä onnistunut integrointi organisaatiorakenteeseen lisää työtyytyväisyyttä. Kehittämistarpeiksi vastaajat nostivat erilaiset koulutukset ja niihin pääsyn. Myös lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien omat koulutukset nähtiin tärkeinä verkostoitumismahdollisuuksina.

Tyytymättömyyttä työpaikoilla on aiheuttanut joidenkin vastaajien kohdalla osaamisen hyödyntämisen puute. Kielteisesti työn toteutumiseen vaikuttavia seikkoja ei kaikkien vastaajien mielestä ollut lainkaan. Koulutuksiin pääsyn hankaluus ja tätä kautta oman työn kehittämisen ja kehittymisen haasteet aiheuttavat tyytymättömyyttä omaan työhön. Suurin osa vastaajista kuitenkin vastasi kokevansa työn imua ja tunnetta, että heidän työtään kunnioitetaan. He myös kokivat, että työ on mielekästä. Lähes kaikki vastaajat kertoivat, että kokevat pystyvänsä tekemään työnsä hyvin. Urapolkumallien kehittäminen ja ammatillisen kehittymisen mahdollistaminen on kirjattu hallituksen uuteen Vahva ja välittävä Suomi- hallitusohjelmaan. Hallitus haluaa tulevalle kaudellaan panostaa ammattilaisten mahdollisuuteen keskittyä omaa osaamistaan vastaavan työn tekemiseen. (Valtioneuvoston julkaisu 2023.)

Suuri osa lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista koki, että lääkkeenmääräämisen työnkuvan ei tulisi jatkaa nykyisessä laajuudessa vaan sitä tulisi kehittää. Hiukan yli puolet vastaajista on sitä mieltä, että uusia lääkkeitä tulisi ottaa mukaan sairaanhoitajien reseptinkirjoitusoikeuteen. Niissä yksiköissä, joissa lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työtehtävät on selkeästi määritelty, on myös toimintaa usein kehitetty (Laapio-Rapi 2020). Organisaatiotason ohjeistus potilaiden ohjauksesta eri ammattilaisten vastaanotoille ei ollut tiedossa kaikissa tutkituissa hyvinvointialueen yksiköissä.

Tässä opinnäytetyössä on vastaajien tuloksia vertailtu ja selvitetty, onko toimialuekohtaisia eroavaisuuksia havaittavissa. Khiin neliötestien tuloksia tai p-arvoja ei ole ristiintaulukoinneista tuloksissa ilmoitettu, koska tutkimusjoukko tässä tutkimuksessa oli pieni. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien määrä on suhteellisen pieni jokaisella toimipisteellä, joten vastaajien henkilöllisyys saattaisi olla tunnistettavissa vastauksista. Kyselylomakkeeseen vastasi suurin osa Keski-Suomen hyvinvointialueella työskentelevistä sairaanhoitajista, joten tutkimusjoukko oli sinänsä kattava. Tutkimuksen tuloksia tullaan jatkossa vertailemaan muiden hyvinvointialueiden tulosten kanssa.

Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien palkkauksen kehittäminen ja yhdenmukaistaminen toimipisteestä riippumatta on tulevaisuuden haaste. Sairaanhoitajien osaamiseen perustuva kliininen urapolkumalli mahdollistaa työn vaativuutta vastaavan palkkauksen. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien on itse lähdettävä systemaattisesti kehittämään omaa toimenkuvaansa ja tehtävä se näkyväksi omassa työpisteessään. Yhdessä esihenkilöiden kanssa tulee toimipistekohtaisesti luoda sujuvat prosessit potilaiden ohjautumiseksi oikean ammattilaisen vastaanotolle sekä selkeä ohjeistus koko henkilökunnalle. Oman työn näkyväksi ja hyödylliseksi tuomisen myötä on palkkaukseen helpompi vaatia tarkastusta. Asiantuntijasairaanhoitajien nimikkeet tulisi myös yhdenmukaistaa valtakunnallisesti, jotta palkkauksen tasa-arvoistaminen olisi helpompaa. Palkkauksen tarkistaminen ja kohdentaminen lääkkeenmääräämisen työnkuvaan, parantaisi työssä viihtymistä ja sitä kautta työn imua. Työn veto- ja pitovoimaa saadaan tätä kautta parannettua.

## **9.2 Jatkotutkimusehdotukset Keski-Suomen hyvinvointialueelle**

Tutkimustulokset osoittavat, että lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien osaamista ei hyödynnetä Keski-Suomen hyvinvointialueella parhaalla mahdollisella tavalla. Jatkossa tulisi tutkia, miten hoitotyön prosesseja voidaan muokata ja kehittää niin, että osaavat hoitotyön ammattilaiset saadaan työskentelemään niin että heidän erikoisosaamistaan hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla.

Sähköiset palvelut lisääntyvät enenevässä määrin hoitotyön alueella ja erilaiset digitaaliset palvelut ovat käytössä jo monissa eri toimipisteissä. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien vastauksista kävi ilmi, ettei sähköisten palveluiden kautta potilaskontakteja juurikaan ole eikä sähköisiä palveluita ole heillä käytössä. Jatkossa tulisi ehdottomasti selvittää, miten lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työpanosta ja työaika saataisiin integroitua sähköisten palveluiden pariin.

Potilaiden sujuvampi ohjautuminen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille tulisi organisoida paremmin. Organisaatiotason ohjeistus potilaiden ohjautumisesta eri ammattilaisten vastaanotoille olisi yksi tapa kohdentaa lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työpanosta paremmin. Organisaatioiden tulee luoda sujuvat prosessit sekä ohjeistukset henkilökunnalle, jotta potilaat saadaan ohjautumaan oikean ammattilaisen vastaanotolle.



## Lähteet

Ageing and Health. World Health Organization 2022. Viitattu 7.9.2023.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

A 1089/2010. Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta. Annettu 2.12.2010. Viitattu 30.8.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101089>

Bandari, P. 2023. What Is Quantitative Research? Definition, Uses & Methods. Viitattu 13.5.2024.  
<https://www.scribbr.com/methodology/quantitative-research/>

Black, A., Courtenay, M., Norton, C., Dean Franklin, B., Murrells, T., & Gage, H. 2022. Independent nurse medication provision: A mixed method study assessing impact on patients' experience, processes, and costs in sexual health clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 78,1, 239–251. Viitattu 13.5.2024. <https://doi.org/10.1111/jan.15075>

Botti, M. & Endacott, R. 2005. Clinical research 5: Quantitative data collection and analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21,3, 187-193. Viitattu 13.5.2024.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.02.005>

Chan, G.K. & Holly, V.W. 2021. Global View of the Clinical Nurse Specialist Role. Julkaisussa *Clinical Nurse Specialist Role and Practice: An International Perspective*. Toim. Fulton, J.A & Holly V.W. Springer. 3–15. Viitattu 15.5.2024. <https://web-p-ebSCOhost-com.ezproxy.jamk.fi:2443/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4c60f751-413f-4b80-aad2-65bea613d9ae%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2945912&db=nlebk>

Courtenay, M., Franklin, P., Griffiths, M., Hall, T., MacAngus, J., Myers, J., Peniston-Bird, F. & Radley, K. 2018. Establishing priorities on the range of conditions managed by UK 227 community practitioner nurse prescribers: A modified Delphi consensus study. *Journal of Advanced Nursing*, 74,8,1863-1874. Viitattu 3.5.2024. [https://www.researchgate.net/publication/324399581\\_Establishing\\_priorities\\_on\\_the\\_range\\_of\\_conditions\\_managed\\_by\\_UK\\_community\\_practitioner\\_nurse\\_prescribers\\_A\\_modified\\_Delphi\\_consensus\\_study](https://www.researchgate.net/publication/324399581_Establishing_priorities_on_the_range_of_conditions_managed_by_UK_community_practitioner_nurse_prescribers_A_modified_Delphi_consensus_study)

Fagerström, L. 2019. Caring, health, holism and person-centred ethos – common denominators for health sciences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33,2, 253–254. Viitattu 3.9.2023. <https://doi.org/10.1111/scs.12732>

Fagerström, L. 2021. *A Caring Advanced Practice Nursing Model: Theoretical Perspectives And Competency Domains*. Springer. Viitattu 3.9.2023. <https://search-ebSCOhost-com.ezproxy.jamk.fi:2443/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=2960407&site=ehost-live>

Fong, J., Buckley, T., & Cashin, A. 2015. Nurse practitioner prescribing: an international perspective. *Nursing: Research and Reviews*. 2015,5,99–108. Viitattu 13.5.2024.  
<https://doi.org/10.2147/NRR.S56188>

Gielen, S.C., Dekker, J., Francke, A.L., Mistiaen, P. & Kroezen, M. 2014. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51,7,1048-61. Viitattu 18.4.2024. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.jamk.fi:2443/science/article/pii/S0020748913003714?via%3Dihub>

Guidelines on advanced practice nursing 2020. International Council of Nurses (ICN). Viitattu 7.9.2023. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)

Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021. International Council on Nurses (ICN). Viitattu 18.4.24. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN\\_Nurse\\_prescribing\\_guidelines\\_EN.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Nurse_prescribing_guidelines_EN.pdf)

Grindberg, K. & Sela, Y. 2022. Expanding nurses' authority – Physicians' and nurses' attitudes. *Applied Nursing Research*, 63,2022, 1-6. Viitattu 12.5.2024. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151550>

Hahtela, N. 2023. Työolobarometri 2023. Suomen Sairaanhoidajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Suomen Sairaanhoidajien julkaisu 31.5.2023. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/05/Tyo%CC%88olobarometri-2023-1.pdf>

HE 283/2009. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeksi 2009. Viitattu 1.10.2023. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2009/20090283>

Heikkilä, J., Niemelä, E. & Eskola, K. 2013. Sairaanhoidajan lääkkeenmäärääminen. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & Lääkehoito*. Toim. Iiri Ranta. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hopia, H., Karhunen, A., Heikkilä, J. 2017. Growth of Nurse Prescribing Competence: Facilitators and Barriers during Education. *Journal of Clinical Nursing*, 19–20,26, 3164–3173. <https://doi.org/10.1111/jocn.13665>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelutoimikunnan julkaisuja 2/2023. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Jokiniemi, K., Meretoja, R. & Kotila, J. 2021. Clinical Nurse Specialist Role and Practice in Finland. Julkaisussa *Clinical Nurse Specialist Role and Practice: An International Perspective*. Toim. Fulton, J.A & Holly V.W. Springer. 125–134. Viitattu 15.5.2024. <https://web-p-ebscohost->

[com.ezproxy.jamk.fi:2443/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4c60f751-413f-4b80-aad2-65bea613d9ae%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2945912&db=nlebk](http://com.ezproxy.jamk.fi:2443/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4c60f751-413f-4b80-aad2-65bea613d9ae%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2945912&db=nlebk)

Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021. Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keski-Suomen hyvinvointialuestrategia 2030. 2022. Aluevaltuuston hyväksymä 14.6.2022. Viitattu 14.8.2023. [PowerPoint-esitys \(hyvaks.fi\)](#)

Keski-Suomen hyvinvointialue 2023. Organisaatio. Viitattu 16.10.2023. <https://www.hyvaks.fi/hyvinvointialue/organisaatio>

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Mere-toja, R. & Suutarla, A. 2020. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat-laatu tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoidajaliiton julkaisuja 1/2020. Viitattu 11.9.2023. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Koskiniemi, S., Sund, R., Liukka, M. & Härkänen, M. 2023. Readmissions after appointments with nurse prescribers: A register-based study. Journal of Clinical Nursing, 00, 1-8, 7645-7926. Viitattu 13.5.2024. <https://doi.org/10.1111/jocn.16837>

Koskiniemi, S. 2022. Lääkkeenmääräämisosoikeudellisten hoitajien vastaanotot ja asiakkaiden uusintakäynnit- rekisteritutkimus. Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Hoitotiede, Preventiivinen hoitotiede.

Kroezen, M., Francke, A. L., Groenewegen, P. P., & van Dijk, L. 2012. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. International Journal of Nursing Studies, 49,8, 1002-1012. Viitattu 4.5.2024. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.002>

Laapio-Rapi, E., Tulonen-Tapio, J., Ukko, J. & Rantanen, H. 2019. Sairaanhoidajien lääkkeenmäärämisestä vaihtelevia kokemuksia. Lääkärilehti 74,23, 1503–1508. Viitattu 4.5.2024. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/sairaanhoitajien-laakkeenmaaraamisesta-vaihtelevia-kokemuksia/>

Laapio-Rapi, E. 2020. Sairaanhoidajien rajatun lääkkeenmääräämistoiminnan tuottavuuden, tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi perusterveydenterveystieteiden avohoidon palveluprosessissa. Väitöskirja, Lappeenranta-Lahden teknillinen yliopisto LUT.

L 433/2010. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. Annettu Helsingissä 21.5.2010. Viitattu 8.9.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100433>

L 533/2019. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 23 b §:n muuttamisesta. Annettu Helsingissä 12.4.2019. Viitattu 3.10.23. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190533>

L 596/2022. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. Annettu Naantalissa ja Helsingissä 8.7.2022. Viitattu 3.10.23. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220596>

Maier, C. 2019 Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(95). Viitattu 1.10.2023. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>.

Maier, C. & Aiken, L. 2016. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26,6,927–934. Viitattu 2.11.2023. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>

Maier, C., Aiken L. & Busse R. 2017. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, No. 98. Viitattu 13.5.2024. <https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>

Manka, M-L & Manka M. 2023. *Työhyvinvointi. 3., uudistettu painos*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Nuttall, D. 2018. Nurse prescribing in primary care: a metasynthesis of the literature. *Primary Health Care Research & Development*, 19,1,7-22. Viitattu 25.5.23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6452973/pdf/S1463423617000500a.pdf>

Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. *Työhyvinvointi paremmaksi keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla*. Työterveyslaitos, Tampere: Juvenes Print. Viitattu 2.11.2023. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130787/Työhyvinvointi%20paremmaksi.pdf?sequence=1>

Schober, M. 2023 *Advanced Practide Nursing Roles: NP and CNS*. Julkaisussa *Nurse Practitioners and Nurse Anesthetists: The Evolution of the Global Roles*. Toim. Thomas, S. & Rowles, J. Springer. 59–67. Viitattu 13.9.2023. <https://search-ebsohost-com.ezproxy.jamk.fi:2443/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=3623349&site=ehost-live>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä* 2.12.2010/1088. Viitattu 3.10.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2015. *Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämis ehdotukset*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2015:49. Viitattu 25.5.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3691-1>

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta. Annettu Helsingissä 19.9.2019. Viitattu 3.10.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190992>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3. Viitattu 17.4.2024. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162120/STM\\_2020\\_3\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162120/STM_2020_3_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2023a. Hyvinvointialueet vastaavat sote- palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 lähtien. Päivitetty 19.4.2023. Viitattu 20.8.2023. <https://stm.fi/web/stm/hyvinvointialueet>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2023b. Työhyvinvointi. Viitattu 16.10.2023. <https://stm.fi/tyo-hyvinvointi>
- Suomen Sairaanhoidajat 2023. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriön ohjeesta ammattihenkilölainsäädännön soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtävänjaon toimintamallien kehittäminen. Viitattu 25.5.23. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/Lausunto-ammattihenkilolainsaasannon-soveltamisesta-sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkiloston-tehtavarakenteiden-ja-tehtavanjaon-toimintamallien-kehittamisessa.pdf>
- Suomen Sairaanhoidajat 2023. Laajavastuinen hoitotyö- sairaanhoitajan uramalli lähellä ihmistä. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023\\_final.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023_final.pdf)
- Suutarla, A., Sulosaari, V. & Heikkilä, J. 2023. The NP Role and Practice in Finland. Julkaisussa Nurse Practitioners and Nurse Anesthetists: The Evolution of the Global Roles. Toim. Thomas, S. & Rowles, J. Springer. Viitattu 14.5.2024. <https://search.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2443/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=3623349&site=ehost-live>
- Tuomikoski, A-M., Flinkman, M., Sulosaari, V., Suutarla, A. & Jokiniemi, K. 2024. Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijuus ja sen tutkimus Suomessa: kartoittava katsaus. Hoitotiede, 36,1, 82–101. <https://janet.finna.fi/Primo/Search?lookfor=Laajavastuisen+hoitoty%C3%B6n+asiantuntijuus+ja+sen+tutkimus+Suomessa%3A+kartoittava+katsaus&type=AllFields&limit=20&sort=relevance>
- Työn imu. 2023. Työterveyslaitos. Viitattu 16.10.2023. <https://www.ttl.fi/teemat/tyo-hyvinvointi-ja-tyokyky/tyon-imu>
- Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. Viitattu 4.5.2024. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165042/Paaministeri-Petteri-Orpon-hallituksen-ohjelma-20062023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vesterinen, M-L. 2014. Reseptihoitaja nopeuttaa hoitoon pääsyä. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimus. Viitattu 19.4.2024. <https://docplayer.fi/163099-Marja-liisa-vesterinen-fil-toht-aikuiskasvatus-kauppatiet-lis.html>

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5., päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. <https://janet.finna.fi/Record/jamk.993662444406251?sid=3683699633>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi. Viitattu 3.11.2023. [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa\\_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Walker, J.A. 2021. Core Clinical Nurse Specialist Practice Competencies. Julkaisussa Clinical Nurse Specialist Role and Practice: An International Perspective. Toim. Fulton, J.A & Holly V.W. Springer. 37–52. Viitattu 15.5.2024. <https://web-p-ebsohost-com.ezproxy.jamk.fi:2443/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4c60f751-413f-4b80-aad2-65bea613d9ae%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2945912&db=nlebk>



**Liitetaulukko 2.** Potilasläheisen klinisen hoitotyön osuus rajatun lääkkeenmääräämisen työtehtävistä

Arvioi miten suuressa osassa "potilasläheisestä klinisestä hoidosta" suoritat työtehtäviä, jotka mahdollistavat rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden käytön (fyysisiä potilaskontakteja, lääkkeenmääräyksiä puhelinyhteyden tai etävastaanoton kautta jne)

Työtehtävien osuus prosentteina

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
5,00	1	2,6	2,6
10,00	2	5,3	7,9
15,00	1	2,6	10,5
20,00	2	5,3	15,8
25,00	2	5,3	21,1
30,00	2	5,3	26,3
40,00	2	5,3	31,6
50,00	5	13,2	44,7
60,00	4	10,5	55,3
70,00	6	15,8	71,1
80,00	3	7,9	78,9
90,00	2	5,3	84,2
100,00	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	100,0

**Liitetaulukko 3.** Anamneesin, potilaan tutkimisen ja lääkityksen läpikäynnin toteutumisen määrä prosentteina

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Systemaattinen anamneesi/terveyshistoria			
1 En koskaan	1	2,5	2,5
3 Kuukausittain	1	2,5	5,0
4 Viikoittain	7	17,5	22,5
5 Päivittäin	31	77,5	100,0
Potilaan tutkiminen systemaattisella kliinisellä tutkimuksella (inspektio, palpaatio, perkussio ja auskultaatio)			
2 Joku kerta vuodessa	3	7,5	7,5
4 Viikoittain	16	40,0	47,5
5 Päivittäin	21	52,5	100,0
Lääkityksen läpikäynti			
2 Joku kerta vuodessa	2	5,0	5,0
3 Kuukausittain	3	7,5	12,5
4 Viikoittain	9	22,5	35,0
5 Päivittäin	26	65,0	100,0
Total	40	100,0	100,0



**Liitetaulukko 4.** Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien osaamisen hyödyntäminen omalla työpaikalla prosentteina

Missä määrin työpaikallasi mielestäsi hyödynnetään sinun rajattua lääkkeenmääräämisoikeuttasi? 1= vähäisessä määrin, 8= suuressa määrin

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
2	2	5,3	5,3
3	5	13,2	18,4
4	2	5,3	23,7
5	5	13,2	36,8
6	11	28,9	65,8
7	8	21,1	86,8
8	5	13,2	100,0
Total	38	100,0	100,0

**Liitetaulukko 5.** Potilaiden ohjautuminen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotolle prosentteina

Missä määrin sinulle ohjataan sellaisia potilaita, jotka voisivat hyötyä rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudestasi? Ilmoita määrä asteikolla 1-8, 1= vähäisessä määrin, 8= suurelta osin.

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
1	1	2,4	2,4
2	2	4,9	7,3
3	3	7,3	14,6
4	3	7,3	22,0
5	10	24,4	46,3
6	4	9,8	56,1
7	12	29,3	85,4
8	6	14,6	100,0
Total	41	100,0	100,0

**Liitetaulukko 6.** Lääkehoitoon liittyvien määräysten lukumäärä viikoittain

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Kuinka monta itsehoitolääkettä suosittelet viikossa?			
Alle 5	9	26,5	26,5
6-10	12	35,3	61,8
11-20	7	20,6	82,4
21-30	3	8,8	91,2
31-40	1	2,9	94,1
Harvemmin			
kuin viikoittain	2	5,9	100,0
Kuinka monelle potilaalle määrät reseptin lääkehoidon aloittamiseksi yleensä viikon aikana?			
Alle 5	20	58,8	58,8
6-10	12	35,3	94,1
11-20	1	2,9	97,1
Harvemmin			
kuin viikoittain	1	2,9	100,0
Kuinka monelle potilaalle yleensä uusit lääkereseptin viikon aikana?			
Alle 5	25	73,5	73,5
6-10	2	5,9	79,4
Harvemmin			
kuin viikoittain	7	20,6	100,0
Total	34	100,0	100,0

**Liitetaulukko 7. Lääkkeenmääräämiseen liittyviä tehtäviä**

Potilasläheinen kliininen hoito: Kliininen tutkimus ja anamneesi

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
<b>Uuden lääkemääräyksen laatiminen ja lääkityksen aloittaminen</b>			
1 En koskaan	2	5,0	5,0
2 Joku kerta vuodessa	5	12,5	17,5
3 Kuukausittain	6	15,0	32,5
4 Viikoittain	24	60,0	92,5
5 Päivittäin	3	7,5	100,0
<b>Lääkemääräyksen uusiminen hoitosuunnitelman mukaisesti</b>			
1 En koskaan	12	30,0	30,0
2 Joku kerta vuodessa	15	37,5	67,5
3 Kuukausittain	9	22,5	90,0
4 Viikoittain	3	7,5	97,5
5 Päivittäin	1	2,5	100,0
<b>Neuvontaa lääkkeitä ja sivuvaikutuksista</b>			
2 Joku kerta vuodessa	2	5,0	5,0
3 Kuukausittain	2	5,0	10,0
4 Viikoittain	12	27,9	40,0
5 Päivittäin	24	60,0	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Liitetaulukko 8.** Potilaiden ohjautumisreitit lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille.

Millä tavoin potilaat ohjautuvat vastaanotollesi? Voit valita useita vaihtoehtoja.

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Potilaat varaavat itse ajan			
Kyllä	21	51,2	100,0
Ohjaus triage/hoidon tarpeen arvioinnista			
Kyllä	32	78,0	100,0
Sisäiset lähetteet			
Kyllä	7	17,1	100,0
Suositus seurantakäynnistä epikriisissä toisesta yksiköstä toisella tasolla (perusterveydenhuolto/erikoissairaanhoito)			
Kyllä	9	22,0	100,0
Kollegat samassa yksikössä ohjaavat potilaan vastaanotolle			
Kyllä	31	75,6	100,0
Muu hoitohenkilökunta organisaatiossa ohjaa heidät vastaanotolle			
Kyllä	22	53,7	100,0
Lääkärit suosittelevat seurantakäyntejä			
Kyllä	26	63,4	100,0
Laitan potilaat jonoon säännöllisille seurantakäynneille			
Kyllä	9	22,0	100,0
Potilaat tulevat automaattisesti sairaanhoitajan listalle täyttämänsä sähköisen oireiden arviointilomakkeen perusteella			
Kyllä	7	17,1	100,0
Toisella tavalla, miten?	39	90,7	90,7
Asiakkaat saavat seuraavan ajan mukaan vastaanotolta.	1	2,3	93,0
Ensihoito /poliisi tuo	1	2,3	95,3
Triagen kautta	1	2,3	97,7
Vuoronumeroautomaatilla lipukkeen ottamalla	1	2,3	100,0
Total	43	100,0	100,0

**Liitetaulukko 9.** Keskiarvo lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoille ohjautuvien potilaiden ikäjakaumasta

Arvioi potilaidesi yleinen ikäjakauma prosentteina. HUOM! Enintään 100 % yhteensä. (Kaikkiin ruutuihin on laitettava luku 0–100 väliltä.)

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Lapset 0–12 v.			
,00	6	14,6	14,6
2,00	1	2,4	17,1
5,00	3	7,3	24,4
10,00	6	14,6	39,0
15,00	4	9,8	48,8
20,00	8	19,5	68,3
25,00	6	14,6	82,9
30,00	5	12,2	95,1
40,00	2	4,9	100,0
Nuoret 13–17 v.			
,00	5	12,2	12,2
1,00	1	2,4	14,6
5,00	1	2,4	17,1
8,00	1	2,4	19,5
10,00	11	26,8	46,3
15,00	6	14,6	61,0
20,00	9	22,0	82,9
25,00	6	14,6	97,6
30,00	1	2,4	100,0
Aikuiset 18–64 v.			
10,00	1	2,4	2,4
15,00	2	4,9	7,3
20,00	4	9,8	17,1
25,00	6	14,6	31,7
29,00	1	2,4	34,1
30,00	11	26,8	61,0
35,00	1	2,4	63,4
40,00	3	7,3	70,7
45,00	1	2,4	73,2
50,00	3	7,3	80,5
60,00	5	12,2	92,7
70,00	2	4,9	97,6
80,00	1	2,4	100,0
Iäkkäät yli 65 v.			
,00	1	2,4	2,4
10,00	6	14,6	17,1
20,00	4	9,8	26,8

25,00	5	12,2	39,0
30,00	8	19,5	58,5
35,00	1	2,4	61,0
40,00	6	14,6	75,6
45,00	1	2,4	78,0
50,00	3	7,3	85,4
55,00	1	2,4	87,8
60,00	3	7,3	95,1
70,00	2	4,9	100,0
<hr/>			
Total	41	100,0	100,0

**Liitetaulukko 10.** Tutkittavien ja hoidettavien potilaiden määrä lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotoilla viikoittain

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen
Kuinka monta potilasta tutkit keskimäärin viikossa? Määrä			
1,00	1	2,9	2,9
10,00	3	8,8	11,8
15,00	5	14,7	26,5
16,00	1	2,9	29,4
18,00	1	2,9	32,4
20,00	3	8,8	41,2
24,00	1	2,9	44,1
25,00	3	8,8	52,9
30,00	4	11,8	64,7
35,00	2	5,9	70,6
40,00	3	8,8	79,4
50,00	1	2,9	82,4
60,00	4	11,8	94,1
70,00	1	2,9	97,1
100,00	1	2,9	100,0
Kuinka montaa potilasta hoidat keskimäärin viikossa? Määrä			
10,00	1	2,9	2,9
15,00	2	5,9	8,8
20,00	4	11,8	20,6
24,00	1	2,9	23,5
25,00	3	8,8	32,4
26,00	1	2,9	35,3
30,00	3	8,8	44,1
35,00	2	5,9	50,0
40,00	4	11,8	61,8
42,00	1	2,9	64,7
50,00	4	11,8	76,5
60,00	4	11,8	88,2
70,00	1	2,9	91,2
80,00	1	2,9	94,1
100,00	2	5,9	100,0
Total	34	100,0	100,0

**Liitetaulukko 11.** Sairaanhoidajien viikoittain lääkärin vastaanotolle ohjaamat potilaat

Kuinka monta potilasta viikossa ohjaat lääkärin vastaanotolle omalta vastaanotoltasi siitä syystä, että lääkkeenmääräämisoikeus on rajattu eikä sinulla ole oikeutta määrätä siihen lääkkeitä?

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen
,00	3	7,9	7,9
1,00	1	2,6	10,5
2,00	3	7,9	18,4
3,00	4	10,5	28,9
4,00	2	5,3	34,2
5,00	9	23,7	57,9
6,00	1	2,6	60,5
8,00	2	5,3	65,8
10,00	10	26,3	92,1
20,00	2	5,3	97,4
70,00	1	2,6	100,0

Kuinka monta potilasta viikossa ohjaat lääkärin vastaanotolle omalta vastaanotoltasi siitä syystä, että ko. potilas tarvitsee lääkärin tutkimusta ja/tai hoitoa (lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan osaaminen ei ole riittävä)?

,00	1	2,6	2,6
1,00	6	15,8	18,4
2,00	7	18,4	36,8
3,00	4	10,5	47,4
5,00	8	21,1	68,4
6,00	3	7,9	76,3
8,00	1	2,6	78,9
10,00	3	7,9	86,8
15,00	1	2,6	89,5
25,00	2	5,3	94,7
30,00	1	2,6	97,4
40,00	1	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0



**Liitetaulukko 12.** Työn palkitsevuus omassa työyksikössä

Seuraavilla kysymyksillä arvioidaan kokemustasi työn palkitsevuudesta. Vastausasteikko on 1-10. 1= täysin eri mieltä, 10=täysin samaa mieltä. Valitse numero, joka kuvaa parhaiten tilannettasi tällä hetkellä. Työn palkitsevuus yksikössäsi:

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
<b>Pystyn tekemään työni hyvin</b>			
3	1	2,9	2,9
5	1	2,9	5,9
6	1	2,9	8,8
7	5	14,7	23,5
8	11	32,4	55,9
9	6	17,6	73,5
10	9	26,5	100,0
<b>Koen, että työtäni arvostetaan</b>			
2	1	2,9	2,9
4	2	5,9	8,8
5	1	2,9	11,8
6	2	5,9	17,6
7	5	14,7	32,4
8	7	20,6	52,9
9	8	23,5	76,5
10	8	23,5	100,0
<b>Koen työn imua</b>			
2	1	2,9	2,9
5	3	8,8	11,8
6	3	8,8	20,6
7	7	20,6	41,2
8	6	17,6	58,8
9	9	26,5	85,3
10	5	14,7	100,0
<b>Työni on mielekästä</b>			
2	1	2,9	2,9
5	1	2,9	5,9
6	4	11,8	17,6
7	3	8,8	26,5
8	9	26,5	52,9
9	11	32,4	85,3
10	5	14,7	100,0
Total	34	100,0	100,0

**Liitetaulukko 13.** Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien tyytyväisyys

Kuinka tyytyväinen olet työtehtäviisi liittyen lääkkeenmäärämiseen?

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Erittäin tyytyväinen	6	17,6	17,6
Tyytyväinen	16	47,1	64,7
Melko tyytyväinen	11	32,4	97,1
Tyytymätön	1	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0

**Liitetaulukko 14.** Rajatun lääkkeenmäärämisoikeuden kehittäminen omalla työpaikalla

Kehittämistarpeet. Onko tarvetta kehittää sairaanhoitajien rajattua lääkkeenmäärämisoikeutta yksikössäsi? Voit valita useita vaihtoehtoja.

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Ei, sen tulisi jatkua nykyisessä laajuudessa	6	17,6	100,0
Sitä tulisi laajentaa uusilla lääkkeillä	18	52,9	52,9
antibioottihoito			
punkin puremaan	3	8,8	61,7
antibioottihoito			
kynsivallin tulehdukseen	3	8,8	70,5
antibioottihoito/steroidi			
poskiontelotulehdukseen	3	8,8	79,3
antibioottihoito ihotulehduksiin	2	5,9	85,3
muut	5	14,7	100,0
Rajoituksia tulisi muuttaa	14	41,2	41,2
Lääkemääräysten ikärajan laskeminen alle 12 vuoteen			
nielutulehduksen			
osalta	5	14,7	55,9
Reseptien uusiminen			
puhelinkontaktin perusteella	8	23,5	79,4
Muu	4	11,8	91,2
Sitä tulisi supistaa	0	0	0
Se tulisi lopettaa	0	0	0
En osaa sanoa	3	8,8	100,0
Total	34	100,0	100,0

**Liitetaulukko 15.** Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työn nykytila ja tulevaisuuden suunnitellut työuraan liittyen

Mitkä seuraavista väittämistä kuvastaa työuraasi liittyviä suunnitelmiasi tulevaisuudessa? Voit valita useita vaihtoehtoja.

	Frekvenssi	Prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Olen tyytyväinen nykyiseen työrooliini enkä suunnittele uuden työpaikan etsimistä lähitulevaisuudessa	19	55,9	100,0
Harkitsen uuden työpaikan hakemista hoitoalalta			
Kyllä	7	20,6	100,0
Harkitsen uuden työpaikan hakemista toiselta toimialalta			
Kyllä	6	17,6	100,0
Etsin aktiivisesti uutta työpaikkaa hoitoalalta			
Kyllä	2	5,9	100,0
Etsin aktiivisesti uutta työpaikkaa toiselta toimialalta			
Kyllä	0	0	0
Jatkokoulutaudun hoitoalalla			
Kyllä	1	2,9	100,0
Koulutaudun ammattiin toisella alalla			
Kyllä	2	5,9	100,0
Muuta			
Kyllä	8	23,5	100,0
Total	34	100,0	100,0